



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Artur Miguel Quaresma Pereira Miler

SAÚDE ORAL EM IDOSOS NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Geriatria orientado pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e supervisionado pela Dra. Hermínia José Ramalho Cabrita Fernandes Caeiro apresentado à unidade curricular Estágio.

Dezembro de 2019

RESUMO

O acesso a cuidados de saúde oral por parte da população idosa é fundamental para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de patologias da cavidade oral. A condição médica comprometida, o estado funcional diminuído, a perda de independência, a falta de informação e a sua condição socioeconómica desfavorável são barreiras que devem ser ultrapassadas neste estrato populacional.

Este relatório tem como objetivo a análise da intervenção do Médico Dentista no âmbito da prevenção e das medidas terapêuticas aplicadas na consulta de medicina dentária do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo.

Realizou-se a análise dos dados de saúde oral registados entre 1 de Janeiro de 2017 e 31 de Dezembro de 2018, recolhidos a partir do Sistema de Informação para a Saúde Oral. Foram efetuados 1118 planos de tratamento, dos quais 843 foram concluídos, onde se constatou que 41,2% das referenciações para a consulta de medicina dentária foram da faixa etária acima dos 65 anos, sendo que 40% dos tratamentos foram exodontias de dentes permanentes.

A introdução do Médico Dentista no Centro de Saúde, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde é uma relevante medida de literacia em saúde, importante na prevenção da doença e na promoção de saúde para a população idosa, especialmente a mais desfavorecida e com maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Saúde Oral, Idosos, Geriatria, Odontogeriatrics, Cuidados de Saúde Primários, Saúde Pública;

ABSTRACT

The access to oral health care by the elderly population is fundamental for the prevention, diagnosis and treatment of oral cavity pathologies. The compromised medical condition, decreased functional status, loss of independence, lack of information and its unfavorable socioeconomic status are barriers that must be overcome in this population stratum.

This report aims to analyze the intervention of the Dentist in the field of prevention and therapeutic measures applied in the dentistry consultation of the Montemor-o-Novo Health Center.

The oral health data recorded between 1st January 2017 and 31st December 2018, collected from the Oral Health Information System, was analyzed. A total of 1118 treatment plans were carried out, of which 843 were completed, and it was found that 41.2% of the referrals for dental medicine consultations were aged over 65 years, and 40% of the treatments were permanent tooth extractions.

The introduction of the Dentist in the Health Center as a member of a multidisciplinary primary health care team of the National Health Service is an important measure of health literacy, important in disease prevention and health promotion for the elderly population, especially the for the most disadvantaged and with greater difficult accessing health care.

Key words: Oral Health, Dentistry, Geriatric Dentistry, Elderly, Public Health, Primary Health Care

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Enquadramento geral	9
1.2. O Projeto Saúde Oral nos cuidados de Saúde Primários.....	12
1.3. Envelhecimento Demográfico e Saúde Oral	13
1.3.1. Implicações Sociais.....	13
1.3.2. Os Idosos como Beneficiários de Cuidados em 2030	17
1.3.3. Envelhecimento e Saúde Oral.....	19
1.3.4. Doenças Sistémicas Associadas com Infecção Oral	25
1.3.5. Influência da Saúde Oral na Saúde Global do Idoso.....	26
1.3.6. Desigualdades em Saúde Oral	29
2. MATERIAIS E MÉTODOS	33
2.1. Caracterização da Comunidade de Montemor-o-Novo.....	33
2.1.1. Breve Resenha Histórica	33
2.1.2. Contextualização Geográfica	34
2.1.3. Demografia	35
2.1.4. Caraterização Socioeconómica	37
2.1.5. Indicadores de Saúde.....	38
2.1.6. Recursos de Saúde e Apoio Social.....	40
2.2. Equipa Operacional de Saúde Oral.....	41
2.3. Sistemas de Informação Utilizados.....	42
2.4. Consulta de Saúde Oral no âmbito do PNPSO.....	42
4.4.1. População alvo.....	42
4.4.2. Forma de Referenciação	43
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4. CONCLUSÃO	53
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

SNS – Serviço Nacional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CS – Centro de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

DGS – Direção-Geral da Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

PNPSO – Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral

SOCSP – Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE/CE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico Comunidade Europeia

AVC – Acidente Vascular Cerebral

OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – União Europeia

FDI – Federação Dentária Internacional

IRD – Índice Relativo de Desigualdade

SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral

MF – Médico de Família

CPOD – Nº de dentes cariados, perdidos e obturados por cárie

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 - Pirâmides etárias, Portugal e UE 28, 2013	14
Fig. 2 - Projeções da população residente (Nº) em Portugal, 2060.....	14
Fig. 3 - Envelhecimento populacional - Portugal no contexto mundial.	15
Fig. 4 - Envelhecimento populacional – Portugal no contexto da Zona Euro.	15
Fig. 5 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal,1970-2014.....	16
Fig. 6 - Percentagem da população com idade superior a 65 e 80 anos, em 2010 e 2050.....	18
Fig. 7 - Anos de vida saudável aos 65 anos, nos países europeus, 2013	19
Fig. 8 - Proposta de mecanismos que interligam infeção oral e doença periodontal à doença cardiovascular.	21
Fig. 9 - Iceberg da cárie dentária: estágios de cáries em diferentes limiares de diagnóstico.....	23
Fig. 10 - Prevalência de periodontite (PD) total, leve, moderada e grave, por idade.....	23
Fig. 11 - Proposta de modelo causal da endocardite associada a patologia e tratamentos dentários.	27
Fig. 12 - Prevalência de não-uso de serviços de medicina dentária por país e género, em 2007.31	
Fig. 13 - Prevalência de não-uso de serviços de medicina dentária por razões financeiras, entre as pessoas que não acederam a esses serviços, em 2007.....	31
Fig. 14 e Fig. 15 - Mapa com concelho de Montemor-o-Novo e respetivas freguesias.	34
Fig. 16 - Pirâmide etária da população do Município de Montemor-o-Novo, estimativa para o ano de 2017.....	37
Fig. 17 - Número e proveniência das referenciações para consulta de medicina dentária emitidas pelos MF do CS de Montemor-o-Novo (01/01/2017 a 31/12/2018).....	47
Fig. 18 - Número de utentes atendidos na consulta de medicina dentária do CS de Montemor-o-Novo por faixa etária (01/01/2017 a 31/12/2018).....	47
Fig. 19 - Número de tratamentos efetuados e concluídos em medicina dentária no CS de Montemor-o-Novo (01/01/2017 a 31/12/2018)	48

Fig. 20 - Número de tratamentos por faixa etária 50

Fig. 21 - Índice CPOD em idosos versus outros diferentes grupos etários..... 51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores de risco dos problemas/doenças orais mais comuns em idosos.....	24
Tabela 2 - Possíveis mecanismos fisiopatológicos de infeções orais por doenças sistémicas* ..	26
Tabela 3 – Densidade populacional e população residente em Montemor-o-Novo.....	35
Tabela 4 - População residente em Montemor-o-Novo, total, por sexo, nos anos de 2016 e 2017.	35
Tabela 5 - Índice de Envelhecimento de Portugal, Alentejo Central e Montemor-o-Novo, nos anos 2001, 2011 e 2017.....	36
Tabela 6 - Índice de Longevidade de Portugal, Alentejo Central e Montemor-o-Novo ao longo dos anos.....	36
Tabela 7 - Indicadores de saúde para o ano de 2017.....	38
Tabela 8 - Algumas causas de morte em Portugal e Montemor-o-Novo, nos anos de 1981, 2011 e 2016 (%).	39
Tabela 9 - Número de habitantes por médico e farmacêutico em Portugal e Montemor-o-Novo, no ano de 2017.....	40
Tabela 10 - Dados de Saúde Oral nos CSP, no ano de 2017, na ARS Alentejo.	46
Tabela 11 - Discriminação do tipo de tratamentos realizados no CS de Montemor-o-Novo	49
Tabela 12 - Indivíduos com 20 ou mais dentes e desdentados totais nos escalões etários 35-44 e 65-74 anos de idade.....	50

1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento geral

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma das maiores conquistas do Portugal democrático, sendo um património de que cada um de nós se deve orgulhar. Infelizmente, a saúde oral, mormente os cuidados básicos de medicina dentária, não têm feito parte dos serviços genericamente disponibilizados pelo SNS desde a sua implantação e, por conseguinte, o cidadão português esteve, desde a criação do SNS em 1979, praticamente arredado dos serviços básicos desta especialidade, com as nefastas consequências para uma parcela significativa da população, nomeadamente os mais pobres, os negligentes e os idosos, estes últimos mais pelo desmesurado diferencial financeiro entre necessidades e custos orçamentais de tratamentos e reabilitações, como se compreende. Deste modo, a conjugação dos fatores referidos foi – e continua a ser – motivo para que o nosso país sempre tenha tido dos piores indicadores de saúde oral da Europa, como se infere da análise de dados da OCDE. E foi a mesma OCDE quem justamente recomendou medidas corretoras desses mesmos indicadores a muitos países membros, nomeadamente Portugal [1].

Por outro lado, o envelhecimento progressivo das populações, especialmente nos países mais desenvolvidos, impõe a necessidade de uma atenção especial aos problemas de saúde ligados à idade avançada. Segundo dados das Nações Unidas, a proporção de pessoas com mais de 80 anos de idade na população acima dos 65 anos aumentou de 7% em 1950 para 14% em 2013 e, de acordo com projeção estimada, esta proporção de "idosos mais velhos" dentro deste subgrupo populacional deve atingir 19% em 2050 [2]. Em Portugal, prevê-se que a percentagem de população acima dos 60 anos passe de 24% em 2011 para 40% em 2050 [3, 4].

As perdas de dentes em adultos idosos são mais comumente causadas por cáries e doença periodontal. Geralmente, 70% das perdas dentárias são devidas a cáries dentárias, 20% a doença periodontal e 10% devido a outras causas [5]. Num estudo transversal envolvendo 1.426 indivíduos, de 25 a 74 anos de idade, com diferentes níveis de perda de inserção, verificou-se que a idade foi o fator mais associado a essa perda [6].

O III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais [7], cujo trabalho de campo foi realizado em 2013 e 2014, permitiu avaliar conhecimentos e comportamentos favorecedores da saúde, bem como, o estado de saúde oral dos grupos etários dos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos. Neste estudo transversal fizeram parte da amostra aleatória 6.315 indivíduos, garantindo a representatividade de todas as regiões de saúde do Continente e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. No que respeita aos dados referentes à faixa etária dos 65-74 anos é de realçar que, na questão que diz respeito ao motivo pelo qual o utente não consultou um profissional de saúde oral nos últimos dois anos, 28,4% indicou o critério custo enquanto que 56% indicou como principal motivo considerar como uma prioridade reduzida.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) implementado em 2005 foi um passo muito importante para conseguir contrariar muitos dos dados acima referidos. Embora

desde há mais de três décadas os centros de saúde desenvolvam programas no âmbito da saúde oral, atendendo a que as doenças orais afetam desde muito cedo as crianças e os jovens, tais atividades foram alargadas, em 2008, com o despacho n.º 4324/2008, de 19 de Fevereiro, a dois outros grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade (grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário), das quais os bem conhecidos “cheques-dentista” foram e são ainda o exemplo major, destinados a serem usados em consultórios privados aderentes ao programa e revelaram-se de grande importância em termos de prevenção primária [8]. Aliás, a legislação que esteve na génese do referido programa “cheque-dentista” (Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março) [9] já reconhecia que “em 2000, constatada a necessidade de alargar os cuidados dentários a dispensar à população e face ao acréscimo de profissionais de medicina dentária, encontravam-se reunidas as condições de base para se desencadear um processo de contratualização de cuidados de medicina dentária, com a finalidade de proporcionar tratamento nas situações de doença que a prevenção não conseguia evitar” e também já referia, no seu Artigo 12.º, a possibilidade de se estabelecerem parcerias com as autarquias locais “para alargamento do PNPSO a outros grupos populacionais ou para ampliação do número de atos por utente”.

As dificuldades em mastigar e em comer ainda são referidas e são consideradas pelas pessoas mais idosas e estão refletidas no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças orais. O Decreto-Lei n.º 252/2007 de 5 de Julho criou um regime de benefícios adicionais de saúde [10] para os beneficiários do complemento solidário que concede o direito a uma comparticipação financeira de 75% na despesa da aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, até 250 euros, de 3 em 3 anos. Mas, infelizmente, o mecanismo de acesso a este tipo de ajuda financeira é desajustado à realidade e para além disso existe ainda uma grande franja populacional desta faixa etária sem qualquer ajuda e que relatam as dificuldades e constrangimentos inerentes à falta de dentes naturais, havendo 63,3% de idosos com menos de 20 dentes e 14,4% de desdentados totais no país.

O Plano Nacional de Saúde 2012 -2016 (estendido a 2020) definiu como um dos seus eixos prioritários a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita ao “reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde”, de que tem sido exemplo o PNPSO. Nesse sentido, ao estabelecer como prioridade expandir e melhorar a capacidade da rede dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente através da ampliação da cobertura do SNS na área da Saúde Oral, o Despacho n.º 8591-B/2016 de 29 de Junho determinou o alargamento, de forma faseada, do referido PNPSO no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral nos CSP através de experiências-piloto [11].

A oferta pública de cuidados de medicina dentária nos Centros de Saúde foi implementada através do desenvolvimento de experiências piloto em 13 centros de saúde selecionados, com recurso a médicos dentistas integrados em equipas multiprofissionais, dirigida inicialmente a utentes com patologia definida. Inicialmente, a população-alvo incluía apenas os utentes, inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) onde decorriam as

experiências piloto, portadores de diabetes, neoplasias malignas, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodialise ou diálise peritoneal e transplantados (Norma DGS n.º 8/2016, 1 Setembro) [12].

O referido Despacho previa ainda que, da monitorização e avaliação dessas experiências-piloto desenvolvidas naquele âmbito, resultariam importantes contributos para a política a seguir em matéria de saúde oral. Fruto do sucesso dessa primeira experiência-piloto, a partir de 1 de Janeiro de 2017, de acordo com a Norma n.º 2/2017 de 15 de Fevereiro da Direção-Geral da Saúde (DGS), o acesso a cuidados de medicina dentária foi alargado a todos os utentes inscritos nos ACES onde decorram as experiências piloto, sem qualquer restrição de patologia clínica, passando a referenciação dos utentes a estar ao critério do respetivo médico de família [13].

No âmbito do alargamento do projeto piloto, o Projeto de Saúde Oral nos CSP passou a decorrer em todos os ACES, definidos pela tutela, em Centros de Saúde que disponham de pelo menos 1 médico dentista (ou estomatologista) e assistente dentária. O seu alargamento ficou ainda definido através de parcerias realizadas com as autarquias locais mediante um protocolo delineado para o efeito de forma a poder alargar esta medida a mais centros de saúde e em mais municípios.

A contratação de médicos dentistas para a prestação de consultas de saúde oral nos CSP no âmbito das experiências piloto, integrando a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) dos ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro) até à definição futura de carreiras específicas para o efeito permitiu a liberdade de escolha dos pacientes e respondeu à necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde oral a toda a população, muito particularmente à população mais idosa e mais carenciada.

1.2. O Projeto Saúde Oral nos cuidados de Saúde Primários

O projeto Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários (SOCSP) tem os seguintes objetivos, segundo o Manual de Boas Práticas da DGS:

- ✓ Expandir e melhorar a capacidade da rede dos CSP através da ampliação da cobertura do SNS na área da saúde oral;
- ✓ Promover a articulação entre os profissionais dos CSP no âmbito da saúde oral, como médicos dentistas, médicos de medicina geral e familiar, médicos de saúde pública, enfermeiros de família, higienistas orais, nutricionistas, psicólogos, entre outros profissionais de saúde, bem como com os serviços de estomatologia e outras especialidades hospitalares;
- ✓ Garantir o acesso das pessoas com patologias crónicas a cuidados de saúde oral;
- ✓ Avaliar a situação de saúde oral das pessoas com as diversas patologias definidas e seguidas no SNS.

Garantido o acesso a serviços preventivos e interventivos de saúde oral a crianças e adolescentes pelo SNS, mormente pelo Cheque Dentista o qual fez reduzir fortemente a proporção de crianças e adolescentes com cárie dentária nos dentes permanentes e/ou com perdas dentárias não tratadas, com o SOCSP alarga-se esse direito a todos os cidadãos, pois é um dever cívico e constitucional do Estado, por intermédio do SNS, garantir essa possibilidade a toda a população.

Deste modo, com o SOCSP pretendem-se atingir metas como:

- ✓ Reduzir a proporção de adultos com perdas dentárias não tratadas;
- ✓ Reduzir a proporção de adultos e idosos com cárie coronária e radicular não tratada;
- ✓ Reduzir a proporção de adultos com dentes permanentes perdidos por cárie dentária ou doença periodontal;
- ✓ Reduzir a proporção de idosos com perda total de todos os seus dentes naturais;
- ✓ Reduzir a proporção de adultos com periodontite moderada ou grave.

1.3. Envelhecimento Demográfico e Saúde Oral

1.3.1. Implicações Sociais

Vimos assistindo e continuaremos a assistir no futuro a um envelhecimento da população adulta do mundo e a um envelhecimento dentro da própria população mais velha. As Nações Unidas referem mesmo que a proporção de pessoas com 80 anos de idade ou mais na população mais velha aumentou de 7% em 1950 para 14% em 2013 e, de acordo com projeção em forma variante, esta proporção de "idosos mais velhos" dentro dos idosos deve chegar a 19% em 2050 [14].

Uma marcada redução da mortalidade redundou num impressionante aumento da esperança de vida ao longo dos últimos anos. E prevê-se que esse aumento de esperança de vida aumente progressivamente nas próximas décadas fruto dos esperados avanços continuados da ciência e da técnica, muito particularmente na mais que certa melhoria dos cuidados médicos e medicamentosos que, associados a uma maior literacia em saúde, proporcionam já e proporcionarão ainda mais o aumento da longevidade e da qualidade de vida e bem-estar dessa maior longevidade [15].

A OCDE (2016) [16] define a população idosa como “pessoas com idade acima de 65 anos”. Segundo aquele organismo, a taxa de dependência da terceira idade é definida como a relação entre a população idosa e a idade ativa (15-64 anos) da população e a comparabilidade dos dados da população idosa é afetada por diferenças, dentro e entre os países, na forma como as regiões e a geografia das comunidades rurais e urbanas, são definidos.

Os idosos tendem a concentrar-se em algumas áreas dentro de cada país, o que significa que um pequeno número de regiões terão de enfrentar uma série de desafios sociais e económicos específicos, devido ao envelhecimento da população. Estas tendências demográficas têm uma série de implicações para o governo e os gastos privados em matéria de pensões, cuidados de saúde e educação e para o crescimento económico e o bem-estar em geral [16].

Por seu lado, o INE [17] apresenta estimativas anuais da população portuguesa e europeia (**fig. 1**) que mostram claramente pirâmides etárias de base estreita e tendencialmente alargadas no meio e no topo, indicando o envelhecimento crescente das populações, portuguesa e europeia. E, ao prolongar no tempo as suas previsões, aquele organismo, numa projeção do crescimento da população portuguesa até 2060, apresenta uma estimativa em que o crescimento populacional é claramente regressivo, pelo progressivo e acentuadíssimo envelhecimento da nossa população, bem evidenciado na **figura 2**, onde podemos observar uma inversão total da pirâmide etária estimada para o ano 2060.

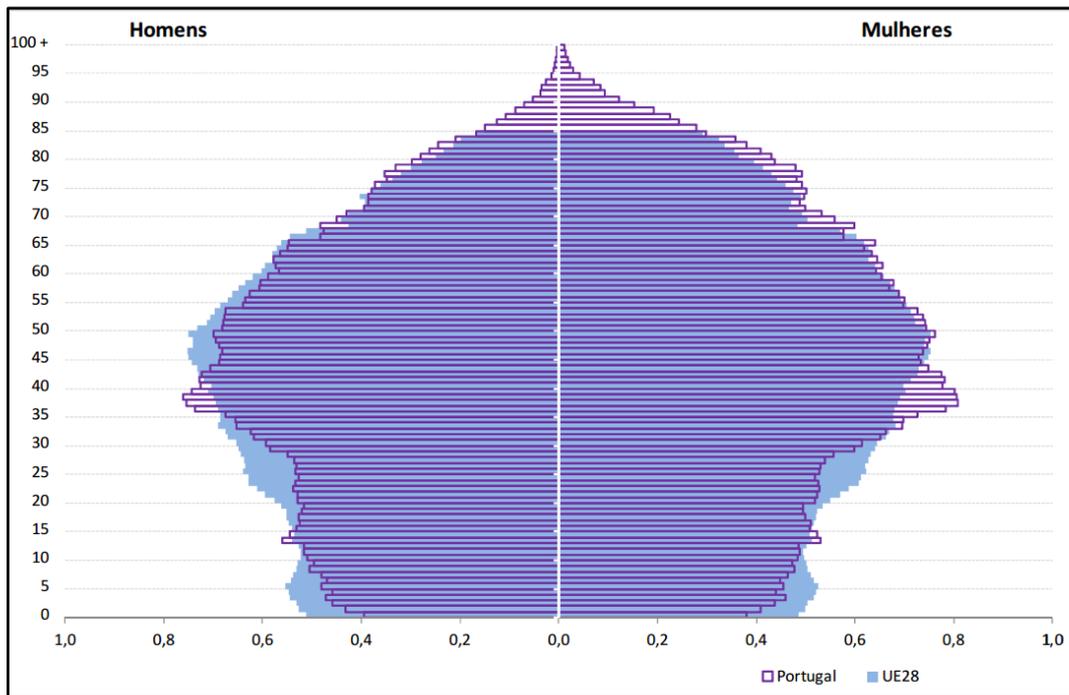


Fig. 1 - Pirâmides etárias, Portugal e UE 28, 2013

Fonte: INE, I.P. - Estimativas Anuais da População Residente e Eurostat (cálculos do INE) [17];

Nota: por questões gráficas, os dados da pirâmide da UE 28 terminam nos 84 anos.

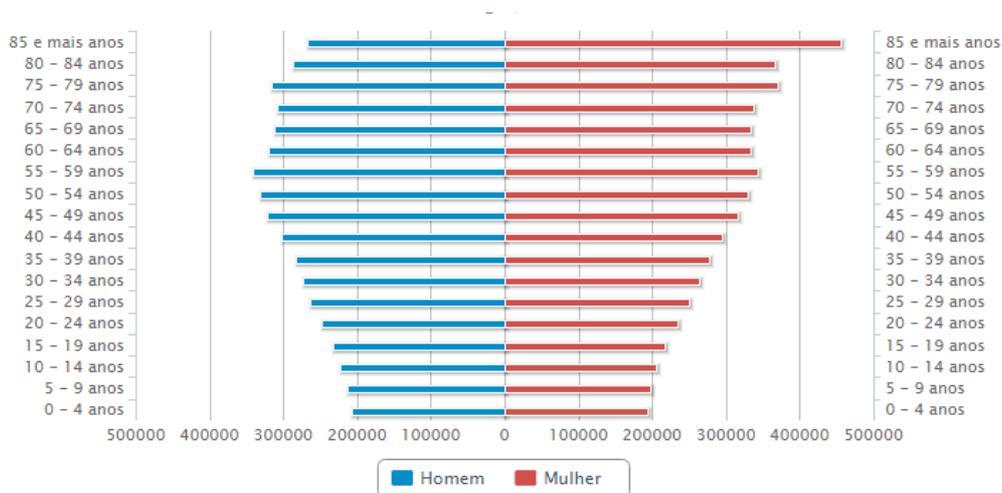


Fig. 2 - Projeções da população residente (Nº) em Portugal, 2060.

Fonte: INE, I.P. [17]

Registamos também uma informação à comunicação social aquando da comemoração do Dia Mundial da População, em 11 de julho de 2015, onde o INE [17] considerou que, no conjunto dos 28 Estados Membros, Portugal apresenta **(Figuras 3, 4 e 5)**:

- ✓ o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento;
- ✓ o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa;
- ✓ o 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013.

Saúde Oral em Idosos nos Cuidados de Saúde Primários

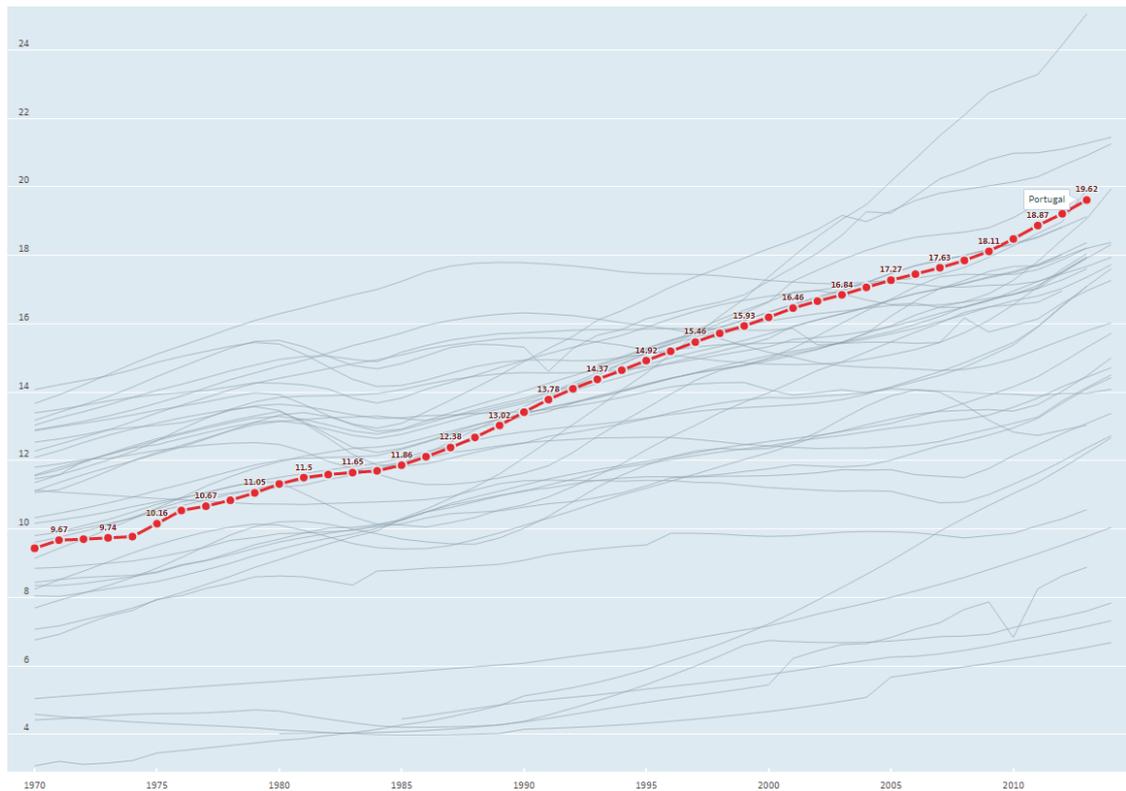


Fig. 3 - Envelhecimento populacional - Portugal no contexto mundial.

Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente

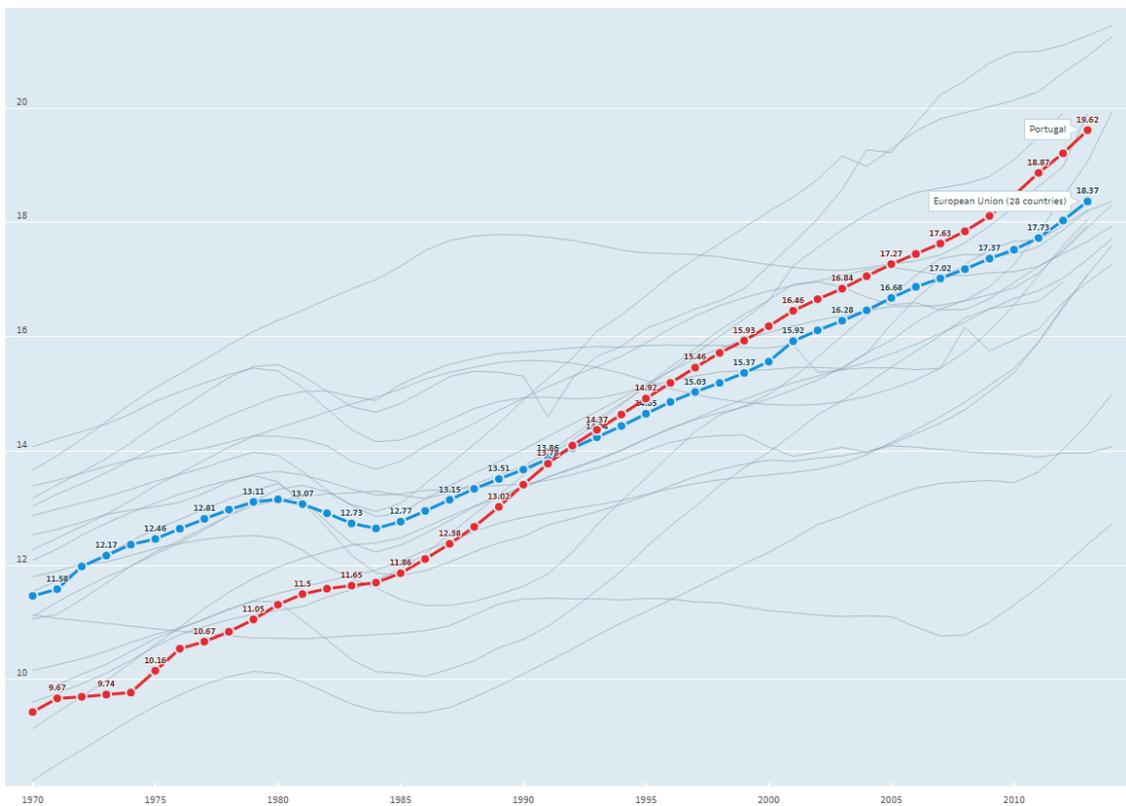


Fig. 4 - Envelhecimento populacional – Portugal no contexto da Zona Euro. (acima de Portugal apenas Grécia, Itália e Alemanha, por ordem crescente).

Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente.

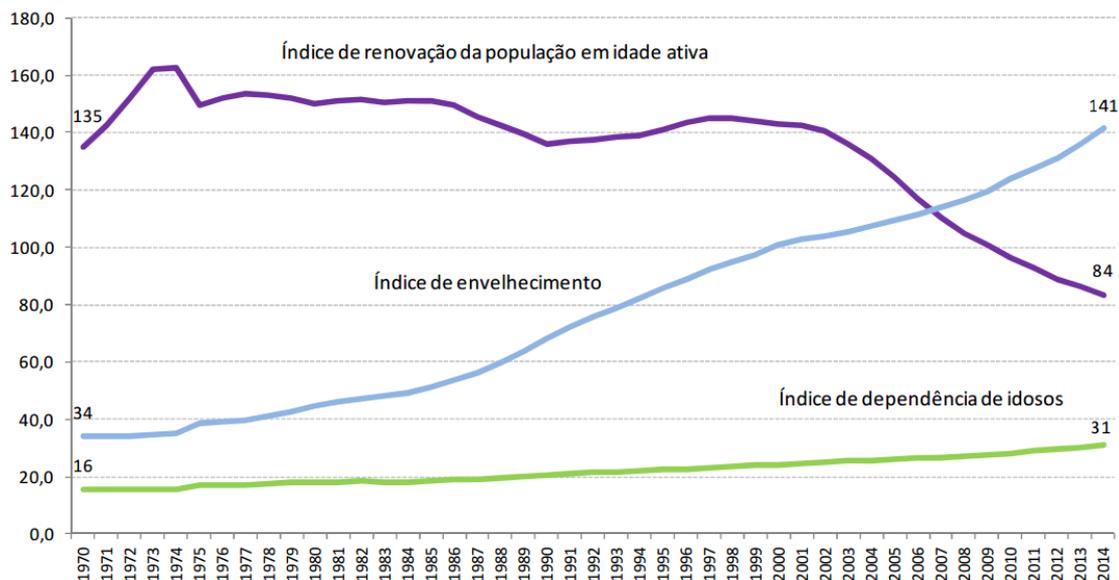


Fig. 5 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014

Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente

No entanto, concordamos com Spijker & MacInnes (2013) [18] quando afirmam que o rácio de dependência dos idosos é uma má medida do fardo do envelhecimento da população porque o referido rácio não conta com o número de pessoas mais velhas dependentes nem com o número daqueles que os sustentam. Baseia-se simplesmente numa idade-chave (a idade legal de reforma) e define todas as pessoas acima dessa idade legal da pensão como dependentes, independentemente da sua situação económica, social ou estado de saúde. Ora conjuntamente com o aumento da esperança de vida também existe um maior número de idosos mais saudáveis e mais aptos do que os seus pares em gerações anteriores. Muitos ainda trabalham e, no futuro, muitos mais terão condições para continuarem a trabalhar, sem esquecer a mais valia da experiência e o trabalho voluntário vital para o terceiro setor.

O número de pessoas com mais de 80 vai dobrar até 2050 passando de 3,9% da população para 9,1% em 2050 nos países da OCDE e de 4,7% para 11,3% entre os 27 membros da UE. Estima-se que perto de metade deles vai precisar de ajuda para lidar com as suas necessidades diárias. No entanto, os governos estão hoje a tentar fornecer cuidados de alta qualidade para pessoas idosas com reduzidas capacidades físicas e mentais, afirma um relatório da OCDE / CE (2013) [19], donde se pode deduzir que ambos os organismos se comprometem a cuidar melhor dos idosos.

1.3.2. Os Idosos como Beneficiários de Cuidados em 2030

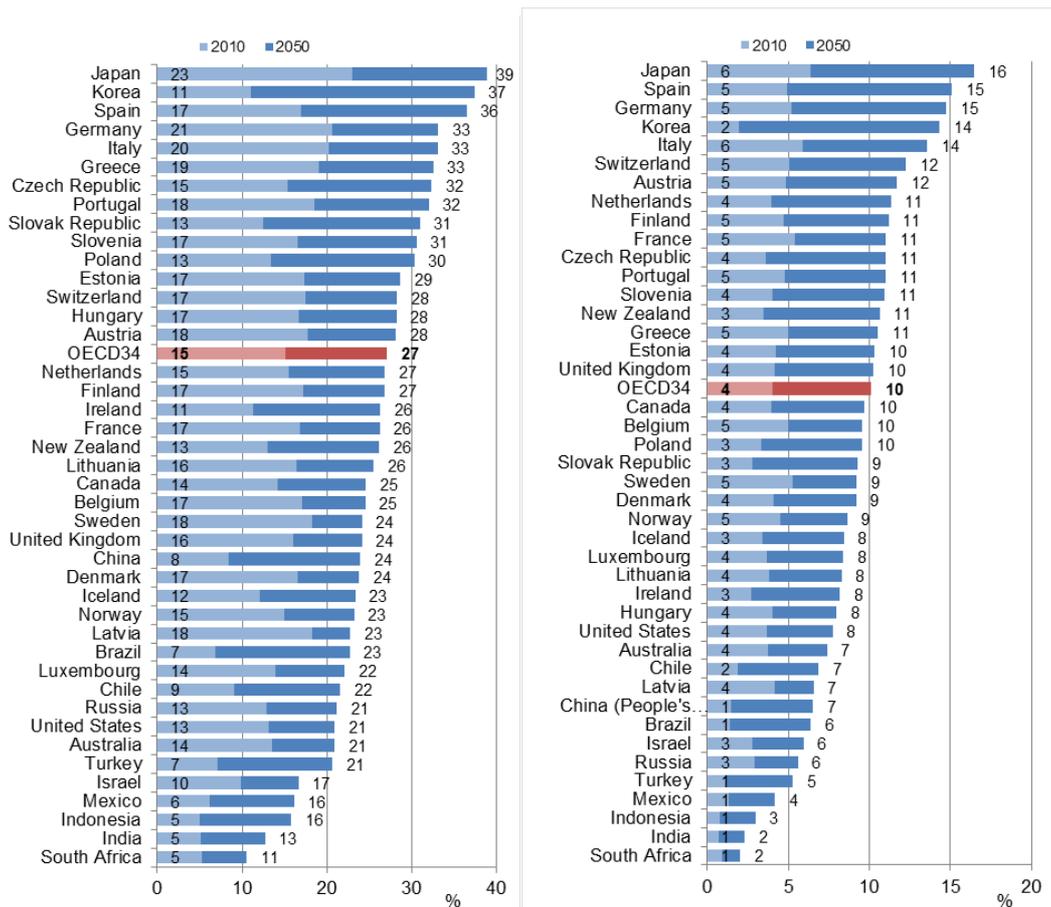
Qual será, portanto, o futuro papel dos idosos nos países membros da OCDE? O papel dos idosos tem vindo a mudar, aliás tal como a própria sociedade mudou: as pessoas são mais saudáveis e vivem mais tempo, ao passo que as taxas de fertilidade têm vindo a baixar, num ritmo assustador em alguns países, incluindo Portugal. Com o aumento atual e futuro do número de idosos surgem novos obstáculos, mas também novas oportunidades que necessariamente terão de ser objeto de planeamento e de adaptação em gerações vindouras.

No início do século XX, os idosos eram vistos como pessoas que tinham deixado o trabalho e passavam logo a tornar-se beneficiários da segurança social e, obviamente, de pensões e cuidados de saúde mais intensos e mais onerosos. Passavam, de imediato, a um estatuto de inatividade produtiva e, por isso, de produtores a beneficiários sociais do Estado ou de outra entidade privada, a dependentes. Porém, ao já referido aumento da longevidade contrapõe-se o facto de os idosos de hoje serem um grupo heterogéneo em termos de níveis de atividade e saúde. Muitos dos ditos idosos mais jovens (65-75 anos) são fisicamente independentes e saudáveis, com os idosos mais velhos (75-85 anos) a estarem sujeitos a um maior risco de perda de autonomia [20].

Verifica-se que o envelhecimento demográfico pode permitir melhores condições de vida para todos os atores sociais ao permitir que pessoas mais velhas possam participar ativamente na sociedade, ajudando a sua família e exercendo trabalho voluntário na ajuda a outras pessoas (Gottlieb e Gillespie, 2008; Jegermalm e Grassman, 2009) [21, 22].

A **figura 6** mostra a percentagem de 65-79 anos de idade e mais de 80 anos de idade a partir de 2010 e perspetivando 2050 nos países membros da OCDE. Os países estão em estágios diferentes do envelhecimento demográfico. Países como a Alemanha, Japão e Coreia têm o maior aumento (em pontos percentuais) em idosos mais velhos e, portanto, em recetores de cuidados potenciais. O aumento será mais rápido depois de 2020.

Saúde Oral em Idosos nos Cuidados de Saúde Primários



População com 65 anos ou mais

População com 80 anos ou mais

Fig. 6 - Percentagem da população com idade superior a 65 e 80 anos, em 2010 e 2050

Fonte: OCDE - *Historical Population Data and Projections Database*, 2015

Alguns países como a Dinamarca, a Itália e os Estados Unidos têm experimentado um aumento da esperança de vida saudável conjuntamente com o envelhecimento demográfico. E, embora o número de pessoas com deficiência tenha aumentado (e está projetado para aumentar ainda mais em 2030), as taxas de incapacidade nas populações idosas têm diminuído nas últimas décadas, apesar de projeções da OCDE [23] sugerirem que o número de idosos com incapacidade grave vai aumentar nos países membros da OCDE em 2030.

Ainda segundo a OCDE (2015) [24] “o aumento da expectativa de vida aos 65 anos não significa necessariamente que os anos vividos a mais o tenham sido em bom estado de saúde. Na Europa, um indicador de expectativa de vida livre de deficiência conhecido como "anos de vida saudável" é calculado regularmente, com base no EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*)”. Entre os países europeus que participaram na pesquisa, em 2013, o número médio de anos de vida saudável aos 65 anos era quase o mesmo para homens e mulheres (9,5 anos para as mulheres e 9,4 anos para os homens) (figura 7).

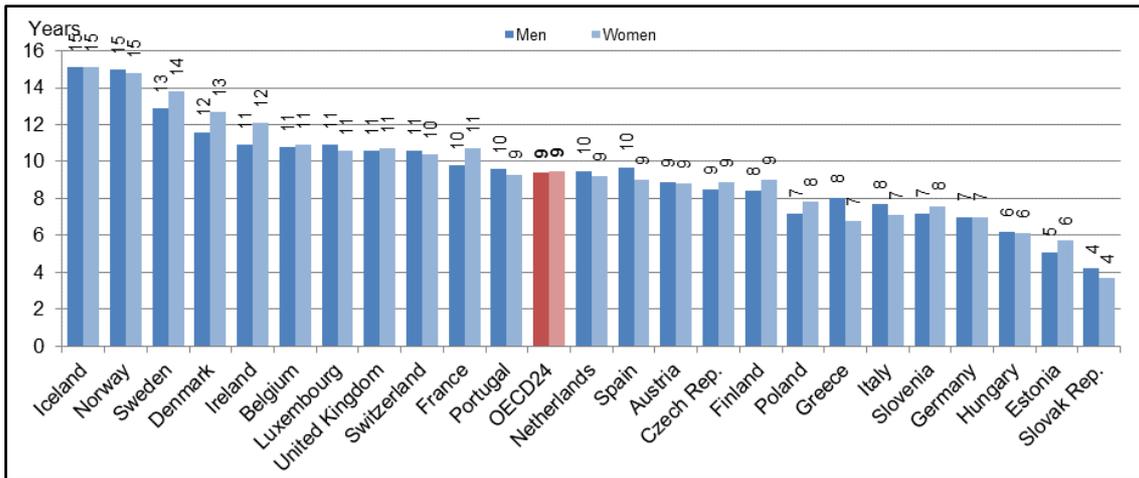


Fig. 7 - Anos de vida saudável aos 65 anos, nos países europeus, 2013

Nota: Os países estão escalonados por ordem decrescente de esperança de vida saudável para toda a população. Fonte: *Eurostat Database 2015*.

Pela observação da **figura 7**, verificamos que Portugal se encontra posicionado ligeiramente acima da média dos 24 países da OCDE.

1.3.3. Envelhecimento e Saúde Oral

A saúde oral na terceira idade implica uma boa articulação entre todos os profissionais de saúde e os profissionais de medicina dentária (médicos dentistas, estomatologistas e higienistas orais), com o envolvimento de especialistas em geriatria por forma a minimizarem, em conjunto, os múltiplos fatores de risco para patologia oral nestas idades avançadas [25]. Convém lembrar, a este propósito, que patologia geriátrica frequentemente observável, como doença cerebrovascular, demências, dor crónica, sequelas de AVC, por exemplo, ou comorbilidades, reduzem drasticamente ou impedem mesmo o idoso de manter uma boa higiene oral e propiciam a acumulação de placa bacteriana, com as inerentes consequências em problemas e doenças da boca e dentes.

Idosos com edentulismo ou importantes perdas de dentes naturais padecem de problemas de mastigação e mesmo próteses dentárias mal adaptadas ou já inadequadas ao padrão dentário do idoso também são causa desses problemas, para além de um maior risco de ocorrência de défices nutricionais e aumento do risco de pneumonia de aspiração e de engasgamentos, seja por quedas da prótese dentária, seja por tentativas de deglutição de grandes quantidades de alimentos mal ou até mesmo não mastigados. Além disso, outros problemas associados ao uso de prótese dentária têm maior probabilidade de ocorrerem. São exemplos a queilite angular, a candidíase oral e lesões resultantes da agressão continuada à mucosa oral.

Com o envelhecimento, os dentes tendem a alterar a sua coloração e a sua estrutura por alterações na espessura e na composição da dentina e do esmalte os quais, devido ao desgaste e a microabrasões que os tornam mais finos e menos sensíveis a estímulos ambientais, podem

adquirir uma tonalidade amarelada ou escurecida. Por outro lado, o cimento, isto é, a substância que cobre a superfície da raiz dentária, engrossa ao longo da vida, atingindo num indivíduo com 75 anos de vida quase o triplo da espessura que tinha aos 10 anos de idade e, se for sujeito à ação de agentes como o açúcar ou o tabaco, seca e expõe a raiz a infeções [26].

Deficiências nutricionais e/ou hormonais levam a que haja alteração do padrão estrutural da mucosa oral, com queratinização diminuída e adelgaçamento do epitélio, tornando-o atrófico, o que, aliado à diminuição da consistência do ligamento periodontal, faz afrouxar a firmeza da fixação do periodonto, com recessão gengival e exposição do cimento, o que acontece em todo o idoso [27]. Por seu turno, o osso alveolar vai perdendo ao longo da vida a sua enorme plasticidade em função da perda fisiológica do equilíbrio entre as atividades osteoblástica e osteoclástica e, conseqüentemente, diminuindo significativamente a massa óssea alveolar decorrente do envelhecimento [28].

Doenças e alterações patológicas da dentição, incluindo perdas dentárias e edentulismo (perda de todos os dentes naturais), cáries, fraturas de dentes, abrasões e erosões dentárias, são mais facilmente observáveis em idosos devido à irreversibilidade e caráter cumulativo destes problemas.

Perda de dentes em adultos idosos são mais comumente causadas ou por cáries ou doença periodontal. Geralmente, 70% das perdas dentárias são devidas a cáries dentárias, 20% a doença periodontal e 10% devido a outras causas [29]. Grossi et al. [6] avaliaram indicadores de risco específicos associados a suscetibilidade ou resistência a formas graves de doença periodontal num estudo transversal envolvendo 1.426 indivíduos, dos 25 aos 74 anos de idade, com diferentes níveis de perda de inserção, tendo verificado que a idade foi o fator mais fortemente associado com perda de inserção - *odds ratio* de 1,72 (IC 95%: 1,18-2,49) nos indivíduos de 35 a 44 anos que sobem para 9,01 (5,86-13,89) para os de 65 a 74 anos de idade, tendo a *diabetes mellitus* sido a única doença sistémica positivamente associada com a perda de inserção - com um *odds ratio* de 2,32 (IC 95%: 1,17-4,60). Num outro estudo envolvendo 1.361 indivíduos do mesmo escalão etário e na mesma área geográfica, os referidos autores constataram que os indivíduos em idades mais avançadas também apresentaram níveis mais graves de perda óssea alveolar [30].

O aumento da prevalência de doenças sistémicas observadas em idosos pode expor estes indivíduos a alto risco para a doença oral.

O envelhecimento acelerado e a irreversibilidade de muitas patologias frequentes em idades avançadas fizeram desencadear uma importantíssima área de cuidados de saúde: a dos cuidados paliativos. E o número de doentes que deles necessitam não tem parado de aumentar. A medicina dentária de cuidados paliativos pode desempenhar um papel importante na saúde geral dos pacientes com doenças terminais dado que estes pacientes são bastante susceptíveis a problemas orais que comprometem assim a sua qualidade de vida [31].

A doença periodontal, por exemplo, é mais provável de ocorrer em doentes com diabetes mal controlada, bem como, alterações da mucosa da boca, incluindo a hiperplasia

gingival, têm sido mais frequentemente observadas em doentes a fazerem medicação para o tratamento de doenças como a hipertensão arterial e angina de peito, muito especialmente nos doentes mais idosos.

Beck & Offenbacher (2005) [32], numa revisão de 42 estudos sobre a associação entre patologia oral e doenças cardiovasculares, apuraram que apenas 16 deles, sendo estudos longitudinais, apresentavam o mais elevado índice de evidência disponível. Nesse estudo, sobre os possíveis efeitos sistémicos da periodontite na doença cardiovascular, concluíram que a evidência apresentada por aquelas dezenas de estudos publicados é cumulativa e suporta apoios, mas não prova uma associação causal entre a infeção periodontal e doença cardiovascular aterosclerótica ou suas sequelas. Já Xiaojing et al. (2000) [33] apresentam uma proposta de ligação entre as duas entidades referidas (**figura 8**).

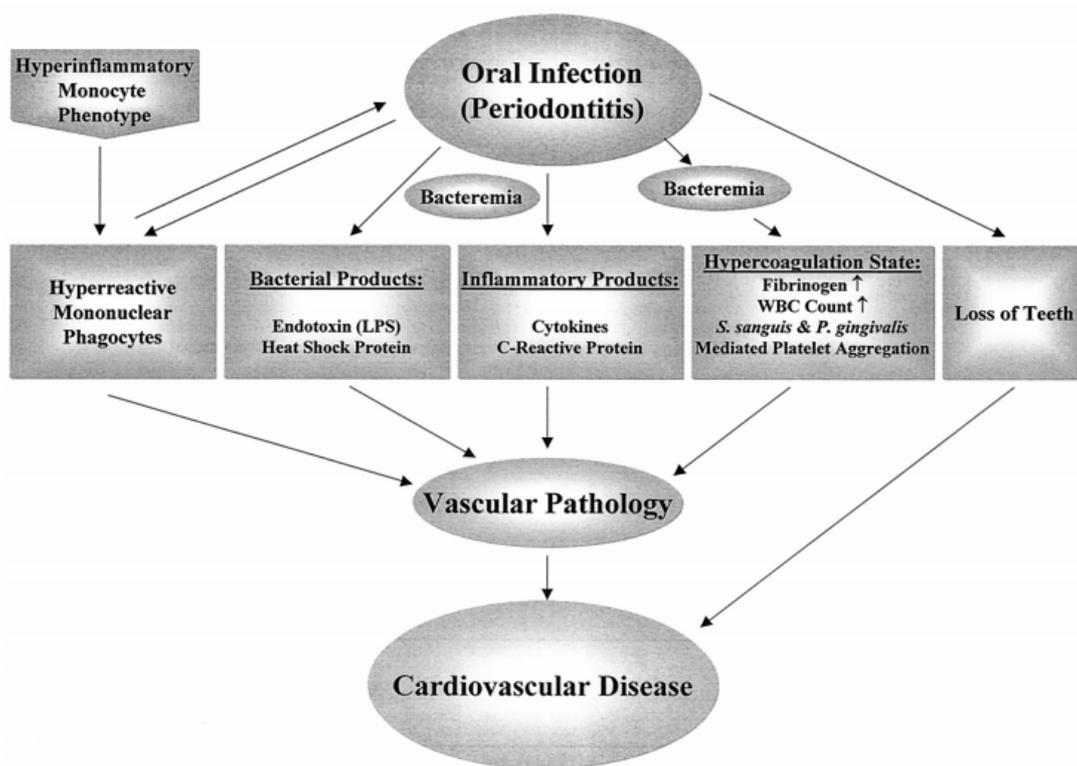


Fig. 8 - Proposta de mecanismos que interligam infeção oral e doença periodontal à doença cardiovascular.

(Retirada de Xiaojing et al., 2000) [33]

Em geral, todos os estudos mostram que nos idosos menos saudáveis existe um maior número de doenças orais do que nos que mantêm uma boa saúde.

Consideradas doenças de longa duração por se prolongarem por mais de 3 meses, as doenças crónicas afetam particularmente os idosos tendo 80% deles um problema crónico e 50% pelo menos dois problemas crónicos como diabetes, artrose, osteoporose, demências do tipo Alzheimer, doenças cardíacas e cerebrovasculares, entre outras. Vários estudos recentes têm

demonstrado uma associação entre doenças orais e doenças sistêmicas crônicas e a inflamação foi adicionalmente reconhecida como o fator-chave que interliga muitas dessas doenças [34].

Os idosos estão em maior risco de sofrerem problemas e doenças agudas ou crônicas da boca e dentes, de que são exemplos mais comuns:

- 1) Perda dentária – ocorre geralmente como consequência de duas outras doenças da cavidade oral: a doença periodontal e a cárie dentária. A perda completa de um ou múltiplos dentes é uma situação bastante frequente em pessoas idosas, com a OMS a referir que cerca de 30% da população dos 65-74 anos tem ausência completa de dentes naturais (edentulismo), com maior prevalência nos países em desenvolvimento [35]. O edentulismo influencia negativamente a vida social, seja por causar problemas estéticos ou por limitação mastigatória e disfuncionalidade oro-facial [36].
- 2) Cáries dentárias – é o problema dentário mais comum em todo o mundo; quase 100% dos adultos têm cárie dentária, muitas vezes levando a dor e desconforto [35]. A cárie dentária é uma das duas principais causas de perda dentária. Os termos cárie dentária ou cárie podem ser utilizados para identificar tanto o processo de cárie e a lesão de cárie (cavidades ou não-cavidades) que é formada como resultado daquele processo.

Na prática diária, profissionais de saúde e pacientes referem-se muitas vezes a uma lesão estabelecida de cárie como uma cavidade no dente. A cavidade ou superfície deteriorada é a seqüela do processo e é um sinal de doença bastante avançada, é um contínuo de estados de aumento da gravidade da doença e de destruição do dente que varia de alterações superficiais sub-clínicas ao nível molecular para lesões com envolvimento da dentina, seja com uma superfície intacta seja com óbvia cavitação (**fig. 9**) [37].

- 3) Doença periodontal – é uma infecção dos tecidos periodontais e, como tal, a sua lesão ou destruição pode levar à perda do dente. A sua prevalência aumenta com a idade e, nos Estados Unidos, estima-se que 70,1% dos adultos com mais de 65 anos de idade dela padeçam (**fig 10**).
- 4) Xerostomia – a diminuição do fluxo salivar provoca boca seca, situação bastante comum em idosos, normalmente causada por doenças sistêmicas e seus tratamentos (medicamentos anticolinérgicos ou terapia de radiação) ou por doenças como síndrome de Sjogren, diabetes, doença de Alzheimer e desidratação [38].

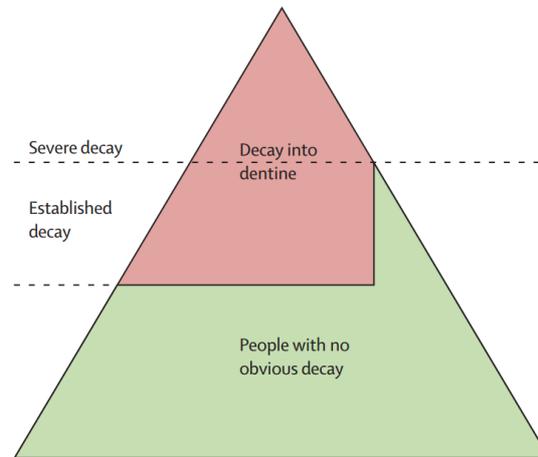


Fig. 9 - Iceberg da cárie dentária: estágios de cáries em diferentes limiares de diagnóstico. (Retirada de SELWITZ et al., 2007) [37].

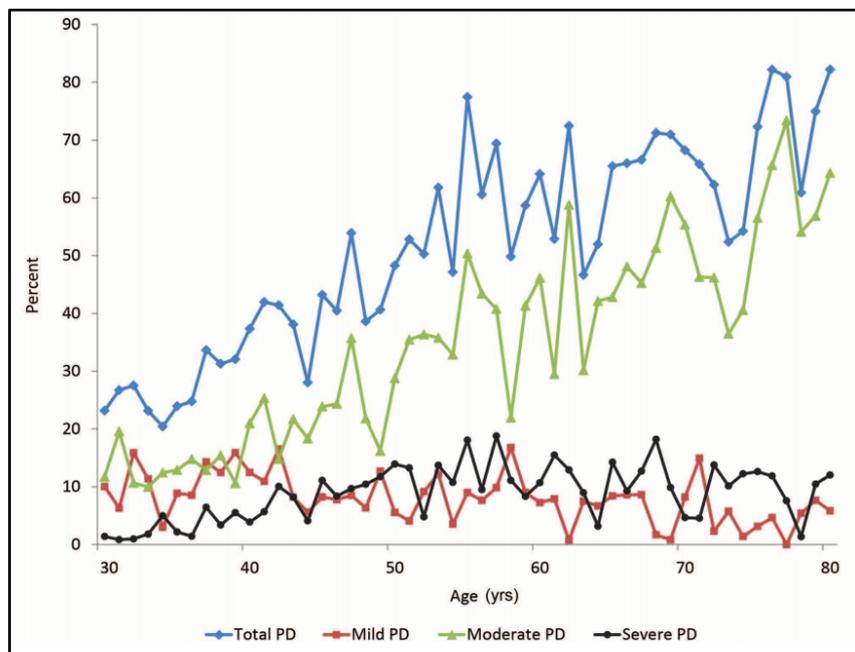


Fig. 10 - Prevalência de periodontite (PD) total, leve, moderada e grave, por idade. (Adaptada de EKE, 2012) [39]

- 5) Lesões pré-malignas e cancro oral – leucoplasia (a mais frequente), líquen plano e eritroplasia são consideradas lesões potencialmente malignas; cancro oral refere-se principalmente ao carcinoma de células escamosas [40]. A sua incidência varia de 1 a 10 casos por 100 000 pessoas na maioria dos países. A prevalência de cancro oral é relativamente maior em homens, em idosos, e entre as pessoas de baixa escolaridade e baixos rendimentos [35] Peterson e Yamamoto (2005) [41] concluíram que os idosos eram mais propensos a cancro oral (idade média do diagnóstico > 60 anos), especialmente os residentes em países menos desenvolvidos.

A **tabela 1** apresenta os mais frequentes fatores de risco dos principais problemas/doenças em saúde oral geriátrica.

Tabela 1 - Fatores de risco dos problemas/doenças orais mais comuns em idosos.

Problema/doença oral	Fatores de risco
Perda dentária (Parcial ou Total)	Consumo de tabaco, utilização insuficiente dos serviços médico-sanitários (cárie), baixo nível socioeconómico, período prolongado de institucionalização [42], doença periodontal severa [43].
Cárie dentária	Diminuição do fluxo salivar [44], história de cárie [37], institucionalização, falta de cuidados dentários de rotina, baixo nível socioeconómico, má higiene oral [45], consumo frequente e em quantidade de bebidas açucaradas e bebidas ácidas (carbonatadas).
Doença periodontal (Gengivite e Periodontite)	Fumo de tabaco e Diabetes [6, 43, 46].
Xerostomia	Radiação (cabeça ou pescoço), HIV (vírus da imunodeficiência humana), aplasia da glândula salivar, síndrome de Sjögren, fumo do tabaco, uso de medicação (inibidores da enzima de conversão da angiotensina, alfa e beta-bloqueadores, analgésicos, anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, antipsicóticos, ansiolíticos, bloqueadores dos canais do cálcio, diuréticos, miorelaxantes, sedativos) [26].
Candidíase - pseudomembranosa aguda (aftas); - eritematosa (estomatite); - queilite angular.	Próteses dentárias totais [47, 48], hipossalivação, corticóides inalados, cancro oral, tabagismo, diabetes mellitus, síndrome de Cushing, imunossupressão, malignidades, deficiências nutricionais, antibióticos [49], hospitalização prolongada [50, 51].
Estomatite protética	Quantidade de mucosa coberta por próteses dentárias, baixos níveis de vitamina A, tabagismo, desgaste constante da prótese dentária [52], má higiene da prótese dentária, uso contínuo (diurno e noturno) de próteses removíveis, mau encaixe das próteses dentárias [53], próteses dentárias totais [47].
Lesões da mucosa oral associadas ao uso de prótese (queratose traumática)	Próteses totais sem retenção, desadaptadas e/ou com diminuição da dimensão vertical [42].
Lesões pré-malignas (leucoplasia e eritroplasia) e cancro oral	Abuso intenso de tabaco e álcool [47].

Numa análise global à referida Tabela, deduzimos rapidamente que o consumo de tabaco ao longo da vida é um fator de risco perfeitamente modificável para melhorar a deficiente saúde oral dos adultos mais velhos [54] e para melhorar a prevenção do cancro oral.

Os médicos dentistas têm um papel fundamental na intervenção precoce em termos de promoção da cessação tabágica, bem como, creio que deveriam ter preparação técnico-científica para a realização dessas consultas dado terem disponibilidade ético-profissional para a prescrição de terapêutica adjuvante para a desabituação tabágica.

1.3.4. Doenças Sistémicas Associadas com Infecção Oral

Para melhor se compreender a influência do envelhecimento na saúde oral, não se pode dissociar o impacto do próprio aumento da idade do impacto causado por alterações sistémicas sobre a região oro facial e, recentemente, os médicos e os investigadores começaram a demonstrar que as doenças orais não são necessariamente a consequência do envelhecimento numa pessoa saudável. Em vez disso, múltiplas condições sistémicas e deficiências, bem como os seus tratamentos, tornam-se mais prevalentes com a idade, prejudicam a saúde oral destes indivíduos e, conseqüentemente, a qualidade de vida de uma pessoa mais velha. As causas de morte mais comuns nos Estados Unidos e o seu tratamento em adultos com idade superior a 65 anos devem ser discutidos, bem como, o seu impacto sobre a saúde oral e a oferta de tratamento dentário. Estes incluem doenças do coração, neoplasias malignas, doenças cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonia, diabetes *mellitus*, trauma, doença de Alzheimer, doenças renais, septicemia, doenças do fígado, e os medicamentos utilizados para tratar essas doenças. É importante sensibilizar os médicos, pesquisadores, educadores e administradores do impacto oral de condições sistémicas e dos seus tratamentos.

Está mais que provado que a cavidade oral contém a mais variada e vasta flora de todo o corpo humano incluindo, não apenas aquela ligada às cáries dentárias e doença periodontal, mas também as doenças sistémicas que afetam a saúde em geral. E também existe cada vez mais evidência a sugerir que, devido à bacteriemia, a cavidade oral pode, de facto, servir de reservatório para a disseminação sistémica de bactérias patogénicas e suas toxinas conduzindo a infeções e inflamações em múltiplas localizações bem distantes do seu foco (**tabela 2**), especialmente em indivíduos imunocomprometidos, como pacientes padecendo de neoplasias malignas, diabetes ou artrite reumatóide ou em tratamento com corticosteróides ou imunossupressores [29].

Tabela 2 - Possíveis mecanismos fisiopatológicos de infeções orais por doenças sistémicas*

Vias para a infeção oral	Possíveis doenças sistémicas
Disseminação metastática de infeção da cavidade oral como resultado de uma bacteriemia transitória	Endocardite infecciosa subaguda, miocardite bacteriana aguda, abscesso cerebral, trombose do seio cavernoso, sinusite, abscesso/infeção pulmonar, angina de Ludwig, celulite orbitária, úlceras cutâneas, osteomielite, infeção de prótese articular
Lesão metastática como resultado da circulação de toxinas microbianas orais	Enfarte cerebral, enfarte agudo do miocárdio, consequência de gravidez anormal, pirexia persistente, nevralgia idiopática do trigêmeo, síndrome do choque tóxico, defeitos das células granulocíticas sistémicas, meningite crónica
Inflamação metastática causada por agressão imunológica induzida por micro-organismos orais	Síndrome de Behçet, urticária crónica, uveíte, doença inflamatória do intestino, doença de Crohn

* Adaptada de LI, 2000 [33]

1.3.5. Influência da Saúde Oral na Saúde Global do Idoso

Num estudo recente, Baumgartner *et al.* [55] verificaram que o estado de saúde orodentária de idosos dependentes é significativamente pior do que em pessoas da mesma idade que vivem de forma independente, embora a situação descrita varie consideravelmente entre os estudos individuais.

Nesse estudo os autores fazem uma interessante abordagem ao que diz respeito aos riscos associados com infeções orais, revendo o que muitos estudos destacam sobre ligações entre patologias sistémicas e doenças periodontais ou biofilme oral. Alertam para a particularidade da quantidade de carga bacteriana e da mudança na flora da cavidade oral poderem representar um risco acrescido para a saúde geral de idosos residentes em instituições de cuidados de continuados de longa duração.

Um exemplo bem conhecido de todos os profissionais de saúde é a endocardite bacteriana (ou endocardite infecciosa), uma infeção bacteriana das válvulas ou do próprio endotélio do coração que raramente ocorre em pessoas com coração normal. É, portanto, uma doença grave e frequentemente fatal que foi associada com doenças e tratamentos dentários (**figura 11**).

Drangsholt (1998) (citado por Li, 2000 [33]) estudou a literatura biomédica mundial de mais de 50 anos sobre a doença (1930 a 1996) e, entre outras conclusões, verificou que:

- ✓ a incidência de endocardite infecciosa varia entre 0,70 e 6,8 por 100.000 pessoas/ano;
- ✓ mais de 50% de todos os casos de endocardite infecciosa não estão associadas com um óbvio processo infeccioso;
- ✓ 8% de todos os casos de endocardite infecciosa estão associados com doença periodontal ou dentária sem um procedimento cirúrgico prévio;
- ✓ o risco de contrair a doença depois de um tratamento dentário é provavelmente de 1:3.000 a 5.000 procedimentos, especialmente extrações dentárias.

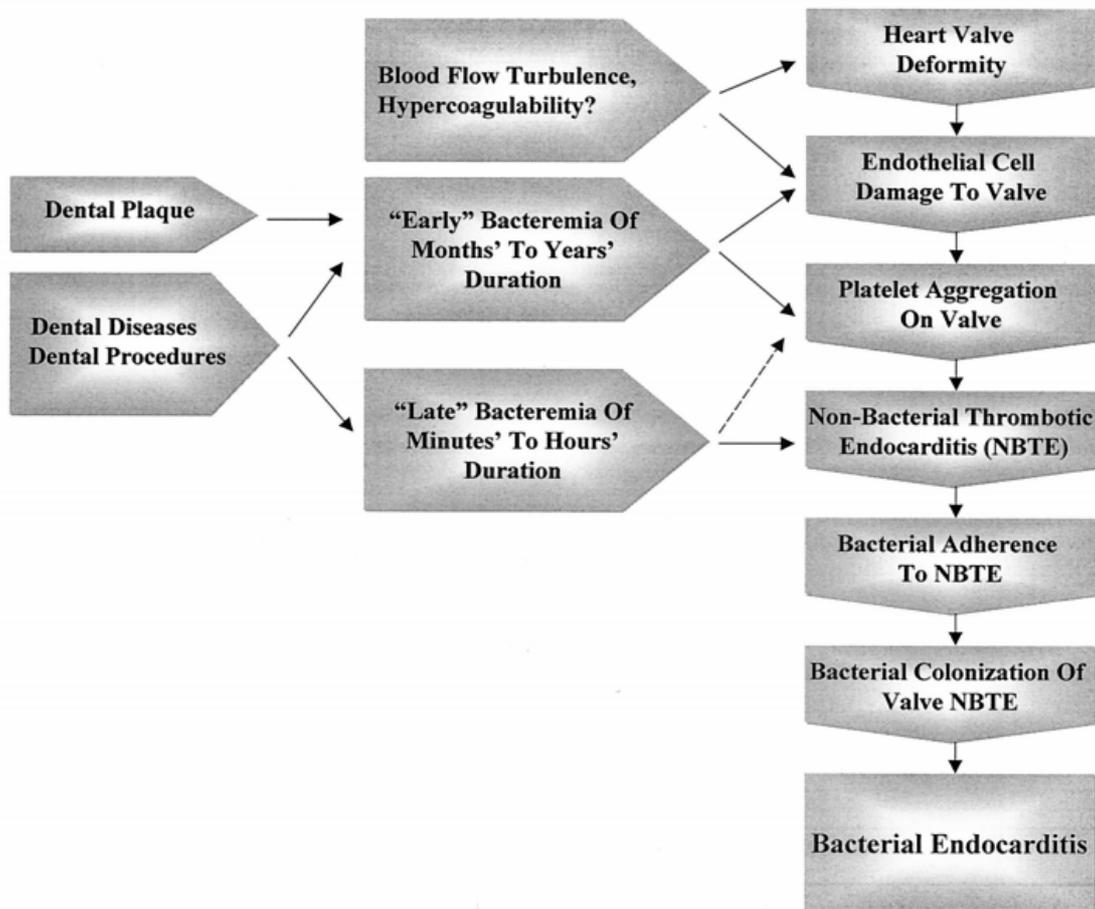


Fig. 11 - Proposta de modelo causal da endocardite associada a patologia e tratamentos dentários.

(Adaptada de Drangsholt, 1998; in Li, 2000 [33])

Também a periodontite não tratada (e agentes patogénicos associados), por exemplo, parece mostrar uma correlação multifatorial com aterosclerose e doença cardiovascular. Sabe-se que, pelo menos, as infeções periodontais estão epidemiologicamente associadas com doença cardiovascular, isto é, parecem ser encontradas mais frequentemente em pacientes com essa patologia.

No entanto, o potencial das infecções periodontais como fator de risco para doença cardiovascular, isto é, uma cadeia causal dos efeitos, ainda não foi confirmada [56]. Já relativamente à diabetes e doença periodontal, Mealey (2006) [57] concluiu que parecem interagir, com indicações fiáveis de que nesta dupla patologia existe mesmo, como aliás já anteriormente referido, uma ligação bidirecional e, portanto, a diabetes está associada com um risco aumentado de desenvolvimento de doenças inflamatórias periodontais. De acordo com o supracitado autor, quanto mais pobre o controlo glicémico de um indivíduo, mais pronunciados são os sinais e sintomas de periodontite, embora reconheça ser menos claro o impacto de doenças inflamatórias periodontais no controlo da diabetes.

Entre as possíveis vias de infeção do trato respiratório inferior, a aspiração é possivelmente a mais significativa em pacientes institucionalizados em lares de idosos e em idosos frágeis hospitalizados, sendo que a melhoria da higiene oral ajuda a controlar essas infecções respiratórias [58]. Também van der Maarel-Wierink *et al* (2013) [59], numa revisão sistemática sobre intervenções de saúde oral em idosos frágeis e o efeito sobre a incidência de pneumonia por aspiração, concluíram, de acordo com os resultados da revisão da literatura, que cuidados de saúde oral sistemática como escovar os dentes após cada refeição, limpeza de próteses dentárias uma vez por dia e higiene oral profissional uma vez por semana parece ser a melhor intervenção para reduzir a incidência de pneumonia aspirativa.

Partindo de dados do NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey-III) sobre a prevalência de cárie dentária e doença periodontal na população idosa, Taylor *et al.* (2000) [60] encontraram evidências clínicas e epidemiológicas que lhes permitiram corroborar que a infeção periodontal é um fator de risco para um mau controlo glicémico em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 embora, reconheçam haver fraca representação de adultos mais velhos nas amostras desses estudos. Já no que se refere à pneumonia por aspiração, vários graus de evidência apontam o estado da saúde oral como um importante fator etiológico. Concluem, porém, não existirem ainda provas que permitam a elaboração de protocolos de saúde oral para o controlo da diabetes tipo 2 e para a prevenção da pneumonia por aspiração.

Além dos riscos sistémicos mencionados, as infeções orais também apresentam riscos locais conhecidos, em especial alterações da mucosa oral e desagregação do tecido periodontal. Dentes fraturados e próteses dentárias desadaptadas também podem apresentar risco de lesão mecânica para a língua, bochechas e lábios - particularmente para idosos com deficiente coordenação motora. Pontos de pressão persistentes e recorrentes ou úlceras devido a próteses dentárias poderão aumentar o risco de alterações malignas na mucosa oral, embora atualmente não há nenhuma evidência científica para o comprovar. No entanto, o papel de inflamações periodontais na carcinogénese tem sido bem documentado (Mantovani *et al.* 2008 [61], Moergel *et al.* 2013 [62], Debata *et al.* 2016 [63]).

Em síntese, há evidência de um relacionamento entre deficiente saúde oral e, por exemplo, doença cardiovascular, deficiente controlo glicémico em diabéticos e uma série de outros problemas que fustigam a população idosa, incluindo artrite reumatoide e osteoporose,

doenças respiratórias, etc., documentada por vários estudos, como vimos. É de salientar, por isso mesmo, a importância de se considerar tanto a saúde sistémica como a saúde oral durante o tratamento de um doente e compreender as necessidades especiais das pessoas mais velhas [64, 65].

1.3.6. Desigualdades em Saúde Oral

As desigualdades no acesso aos cuidados de saúde contribuem para as desigualdades na saúde. O novo relatório da OCDE / CE mostra que, na média dos países da UE, a proporção de pessoas de baixos rendimentos que registam algumas necessidades não satisfeitas de assistência médica e médico-dentária é duas vezes maior do que entre a população como um todo, e quatro vezes maior do que para grupos de altos rendimentos.

A saúde oral é considerada como uma parte integrante da saúde geral. As doenças da boca e dos dentes têm consequências negativas na qualidade de vida das pessoas.

O Programa *Envelhecimento Activo* da OMS aponta como um dos seus principais objetivos “promover a saúde oral entre as pessoas mais velhas e encorajá-las a manter os seus dentes naturais o maior tempo possível”. E acrescenta ainda que tal objetivo só se consegue alcançar com a conjugação de duas condições: reduzindo os riscos e aumentando os fatores protetores ao longo do decurso da vida [66].

Aquela organização define envelhecimento activo como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas” e aponta, como determinantes relacionadas com os Sistemas de Saúde e de Segurança Social, que “para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde precisam traçar uma perspectiva do curso de vida que se concentra na promoção da saúde, prevenção de doenças e equitatividade de acesso a cuidados primários de saúde de qualidade e a cuidados de longa duração”. Assumindo que devido à diminuição da qualidade de vida associada aos problemas de saúde oral, são necessários serviços de tratamento dentário básicos e condições de acesso para colocação de próteses dentárias. Nesse sentido, entre outras propostas políticas fundamentais, recomenda promover a saúde oral nos idosos e incentivar mulheres e homens a manterem os seus dentes naturais por tanto tempo quanto possível, definir metas políticas culturalmente apropriadas para a saúde oral e fornecer adequados programas de promoção da saúde oral e serviços de tratamento durante todo o curso de vida”.

Uma das metas globais para o ano 2020 estabelecida pela Federação Dentária Internacional (FDI), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Associação Internacional de Pesquisa Dentária (IADR), é “aumentar a proporção da população com acesso a adequados cuidados de saúde oral de / para X / Y%” (Hobdell *et al.*, 2003) [67], com esta intencional ausência de valores absolutos a significar que a natureza e dimensão dos objetivos deverá ser estabelecida de acordo com as prioridades políticas e económicas de cada país, mas bem reveladora do propósito em si: aumentar o acesso.

Registamos o facto de a IADR ter respondido ao desafio das desigualdades na saúde oral através da Agenda de Investigação às Desigualdades Globais em Saúde Oral (GOHIRA - Global Oral Health Inequalities Research Agenda). Numa “Chamada à Ação”, o IADR-GOHIRA estabeleceu as prioridades para a investigação que pode levar a uma redução das desigualdades em saúde oral. Três principais desafios foram identificados, nomeadamente lacunas no conhecimento e um foco insuficiente sobre a política social, a separação da saúde oral da saúde geral, e dados baseados em insuficientes evidências [68].

Embora a saúde oral seja considerada essencial para a saúde e bem-estar, os idosos enfrentam significativos entraves à obtenção dos necessários cuidados dentários, negligenciando esses cuidados até que um evento médico dentário agudo se desenvolva [69].

Palència *et al.* (2014) [70] realizaram um estudo transversal em 12 364 homens e 14 692 mulheres com idade ≥ 50 anos de 11 países europeus e obtiveram resultados que evidenciam as desigualdades socioeconómicas no uso de serviços médico dentários as quais foram maiores em países onde não havia cobertura de atendimento dentário público do que nos países onde houve algum grau de cobertura pública, o que lhes permitiu concluir que em sistemas de saúde com medicina dentária pública parece haver menos desigualdade na sua utilização. Isso confirma, de algum modo, os potenciais benefícios de tais sistemas.

Num outro importante estudo [71], com dados transversais coletados de pessoas com 16 anos ou mais anos em 24 países europeus sobre o rendimento e levantamento das condições de vida, realizado pelo Eurostat em 2007, as desigualdades socioeconómicas na não utilização de serviços de medicina dentária foram medidas através das diferenças na prevalência do Índice Relativo de Desigualdade (IRD). Os resultados revelaram fortes desigualdades na não utilização de serviços médico-dentários: para os homens, por exemplo, o IRD variou de 1,21 (Polónia) a 11,50 (Eslováquia) e, globalmente, na média dos dois géneros, os menores IRD foram observados na Polónia, Suécia, República Checa e Irlanda, enquanto os mais elevados foram os da Eslováquia, Portugal, Dinamarca e Finlândia. Esta disparidade é reveladora de desigualdades socioeconómicas consideráveis na não utilização de cuidados médicos dentários (**Figuras 12 e 13**).

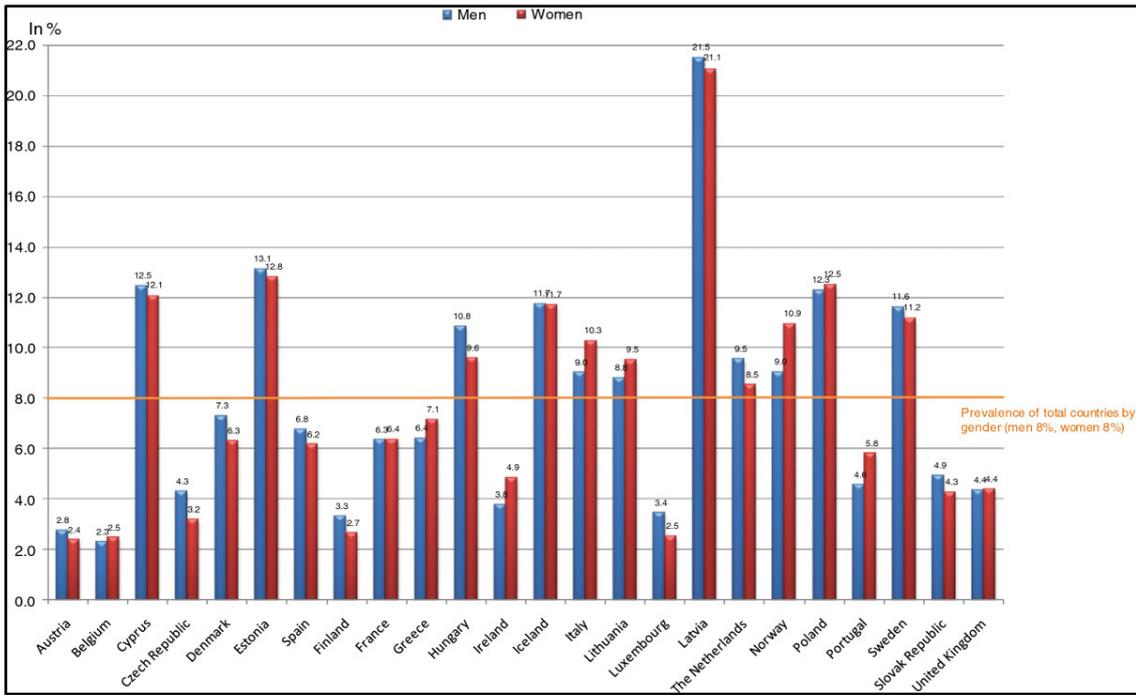


Fig. 12 - Prevalência de não-uso de serviços de medicina dentária por país e género, em 2007.

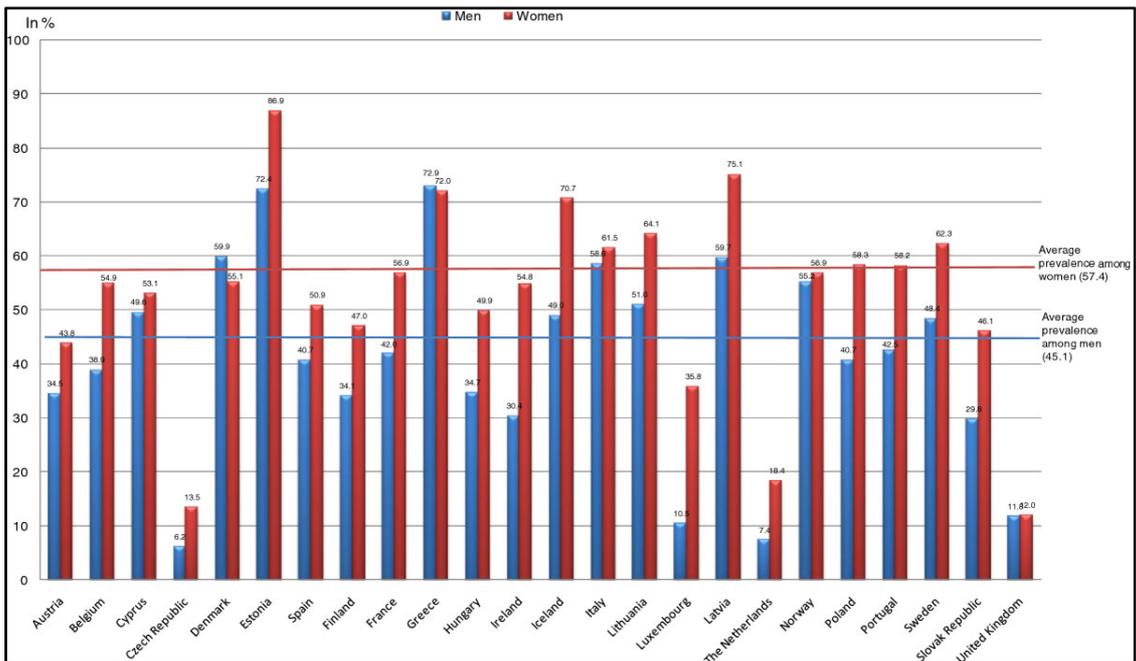


Fig. 13 - Prevalência de não-uso de serviços de medicina dentária por razões financeiras, entre as pessoas que não acederam a esses serviços, em 2007.

Num estudo recente, levado a cabo por Molarius *et al.* (2014) [72], o principal objetivo foi explorar as desigualdades sociais numa autoavaliação de saúde oral entre os adultos com idades entre 16-84 anos, após a reforma dos cuidados dentários na Suécia, em 2008. Considerado pelos autores como o primeiro estudo a investigar essas desigualdades socioeconómicas após a referida reforma, estes concluíram que, ao contrário do que se poderia

esperar, elas parecem persistir na Suécia porque o sistema de cuidados de saúde médico dentário ainda é baseado principalmente em taxas de atos, o que contribui para essas desigualdades o que nos indica, portanto, que a Suécia não é uma exceção. Tal como se verifica em todos os países da OCDE, o atendimento médico dentário é desigual fundamentalmente por razões financeiras. Por seu lado, na Noruega, as desigualdades foram encontradas apenas entre os idosos.

No que respeita ao acesso à saúde oral na América, onde atualmente, 80% dos centros de saúde fornecem serviços de saúde oral, um estudo de Jones *et al.* (2013) [73] demonstra que os referidos centros de saúde desempenham um importante papel na atenuação de disparidades enquanto servirem de portais acessíveis para serviços de saúde oral a comunidades carentes. Os seus autores concluem serem estas unidades basilares dos CSP “uma pedra angular da estratégia nacional para abordar a *epidemia silenciosa* de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral”.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Caracterização da Comunidade de Montemor-o-Novo

2.1.1. Breve Resenha Histórica

“Os mais antigos vestígios da presença humana na região que atualmente constitui o Concelho de Montemor-o-Novo parecem ser de uma época que se situa há cerca de 350 mil anos, o *Acheulense* Antigo (Paleolítico Inferior).” (Cf. Jorge Fonseca, “Montemor-o-Novo – Resumo Histórico”, 1988)

Neste território chegaram a coexistir duas espécies humanas distintas: a espécie do Homem de *Neanderthal* e o *Homo Sapiens*. Na Gruta do Escoural, situada na Herdade da Sala, na Freguesia de Santiago do Escoural, encontram-se testemunhos de presença dessas duas espécies humanas. Montemor-o-Novo teve a sua origem como urbe em época indeterminada, entre o período muçulmano e a conquista cristã da região Sudoeste da Península Ibérica, onde hoje se situa a região alentejana, datando a primeira notícia da sua existência do ano de 1181. Com a Revolução de 25 de Abril de 1974, Montemor-o-Novo, como o Alentejo, no seu todo, vive um dos períodos mais nobres da sua história, tendo os trabalhadores e a população do Concelho participado ativamente na conquista da liberdade e nas grandes transformações democráticas. A adesão de Portugal à Comunidade Europeia, em 1986, marca uma nova fase com implicações na reestruturação das atividades económicas e produtivas e nas condições de promoção do desenvolvimento dos territórios, com destaque para as infraestruturas e equipamentos públicos.

A cidade de Montemor-o-Novo nasceu e cresceu numa colina, em volta do Castelo. Nasceu vila e teve forais atribuídos por D. Sancho I em 1203 e por D. Manuel I em 1503. A 11 de Março de 1988, a vila de Montemor-o-Novo vê votada na Assembleia da República a sua elevação a cidade. À cidade antiga juntam-se agora novas componentes residenciais e de equipamentos como o Parque Urbano, as Piscinas Recreativas, as Piscinas Cobertas, o Parque Desportivo da Cidade, o Parque de Exposições, Mercados e Ferias, a Biblioteca “Almeida Faria”, o Espaço do Tempo/Centro Coreográfico, novos restaurantes e cafés. Num horizonte realista mas perceptível, Montemor-o-Novo ambiciona ser e poderá ser: uma Cidade e um Concelho de cultura e turismo, prestadora de serviços de saúde especializados, com uma economia diversificada e com qualidade de vida.

2.1.2. Contextualização Geográfica

O município de Montemor-o-Novo localiza-se em Portugal Continental (NUTS I)*, na região do Alentejo (NUTS II)* e na sub-região do Alentejo Central (NUTS III)*. É sede de concelho e pertence ao distrito de Évora (**figura 14**). É constituído por 7 freguesias: Cabrela, Ciborro, Cortiçadas de Lavre e Lavre, Foros de Vale de Figueira, Nossa Senhora da Vila - Nossa Senhora do Bispo e Silveiras correspondendo à região urbana de Montemor-o-Novo, Santiago do Escoural e São Cristóvão. A área do concelho é de aproximadamente 1 232,97 km², constituída por 17 437 habitantes, de acordo com os censos de 2011. O feriado municipal é o dia 8 de março, referente à celebração de São João de Deus. Os limites do concelho: Coruche (norte); Arraiolos (nordeste); Évora (leste); Viana do Alentejo (sul); Alcácer do Sal (sudeste); Vendas Novas (oeste) e Montijo (oeste), representados na **figura 15**.



Fig. 14 e Fig. 15 - Mapa com concelho de Montemor-o-Novo e respetivas freguesias. (imagens retiradas de Google Maps e Google Imagens - Janeiro de 2019)

2.1.3. Demografia

Para uma sucinta caracterização demográfica da comunidade em estudo foram consultados vários *sites* de análise estatística certificada de Portugal, nomeadamente o Instituto Nacional de Estatística (INE), a Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA) e a Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central (CIMAC), sendo na sua maioria, referentes aos últimos Censos de 2011 e às estimativas anuais mais recentes.

De acordo com os dados obtidos a partir da plataforma *online* da PORDATA e do INE, no ano de 2017, a população residente em Portugal era de 10.291.027 habitantes, sendo no Alentejo Central de 154.536 habitantes (NUTS III) e no concelho de Montemor-o-Novo de 15.942 habitantes (ver **tabela 3**). Registe-se que relativamente ao concelho de Montemor-o-Novo este valor tem vindo a diminuir ao longo dos anos, como se pode verificar pela análise da tabela 3.

A densidade populacional também revela uma diminuição ao longo dos anos, sendo de 13 habitantes por Km² no concelho no ano de 2017.

Os dados referidos demonstram, fundamentalmente, um processo de desertificação, ou êxodo rural, similar aliás a todo o Alentejo.

Tabela 3 – Densidade populacional e população residente em Montemor-o-Novo.

(Adaptado de PORDATA - janeiro de 2019)

Concelho de Montemor-o-Novo						
	Densidade Populacional (nº indivíduos por km2)			População Residente (nº residentes em determinada área geográfica)		
Ano	2001	2011	2017	2001	2011	2017
Portugal	112.5	114.5	111.7	10.394.669	10.542.398	10.291.027
Alentejo Central	23.5	22.5	21.0	173.400	165.688	154.536
Montemor-o-Novo	15.1	14.1	13.0	18.545	17.275	15.942

Da população residente em Montemor-o-Novo no ano de 2017, 8.286 habitantes eram do sexo feminino, correspondendo a cerca de 51,97% da população total, e 7.656 habitantes eram do sexo masculino. Estes valores absolutos são inferiores aos do ano anterior (ano 2016) (Tabela 4).

Tabela 4 - População residente em Montemor-o-Novo, total, por sexo, nos anos de 2016 e 2017.

(Retirado de PORDATA - janeiro de 2019)

População residente em Montemor-o-Novo		
	2016	2017
Homens	7.752	7.656
Mulheres	8.377	8.286
Total	16.129	15.942

Relativamente ao **Índice de envelhecimento**, a **tabela 5** mostra-nos que Montemor-o-Novo apresenta um índice superior ao da média regional e nacional, sendo um aspeto negativo que caracteriza uma população bastante envelhecida. De acordo com estes dados, referentes ao ano de 2017, por cada 100 habitantes com menos de 15 anos, existiam aproximadamente 272 idosos. Comparativamente ao índice de envelhecimento do Alentejo Central, Montemor-o-Novo demonstra ter um índice superior. Relativamente aos censos de 2011, verifica-se um aumento no índice de envelhecimento do concelho de Montemor-o-Novo até ao ano de 2017 (**tabela 5**).

Tabela 5 - Índice de Envelhecimento de Portugal, Alentejo Central e Montemor-o-Novo, nos anos 2001, 2011 e 2017.

(Retirado de PORDATA - janeiro de 2019)

	Índice de envelhecimento		
	Anos		
	2001	2011	2017
Portugal	101,6	125,8	153,2
Alentejo Central	160,4	182,2	206,1
Montemor-o-Novo	203,4	236,9	271,8

Como seria expectável, o **Índice de Longevidade** de Montemor-o-Novo tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, representativo de uma população idosa cada vez mais envelhecida (**tabela 6**).

Tabela 6 - Índice de Longevidade de Portugal, Alentejo Central e Montemor-o-Novo ao longo dos anos.

(Retirado de PORDATA - janeiro de 2019)

	Índice de longevidade		
	Anos		
	2001	2011	2017
Portugal	41,9	48,3	48,6
Alentejo Central	43,2	54,5	56,0
Montemor-o-Novo	43,4	55,1	58,1

A pirâmide etária referente à população residente no município de Montemor-o-Novo no ano de 2017 (**figura 16**) corresponde a uma pirâmide de base estreita, com predominância da população adulta ativa e idosa e, com tendência a um envelhecimento cada vez mais pronunciado, uma vez que não parece haver renovação da população (base da pirâmide estreita, traduzindo um menor número de população jovem).

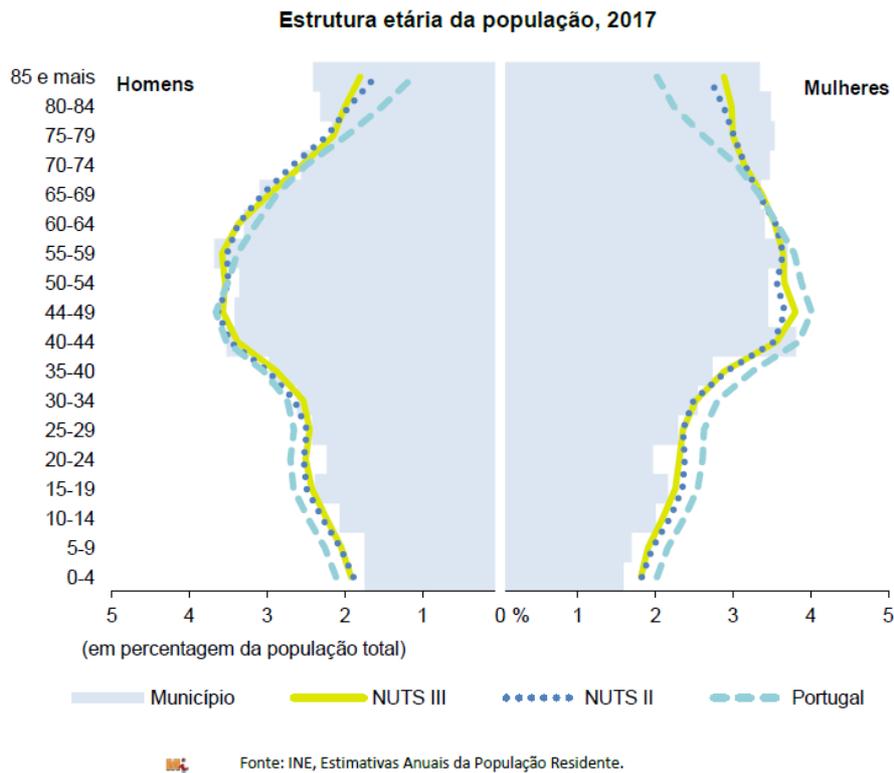


Fig. 16 - Pirâmide etária da população do Município de Montemor-o-Novo, estimativa para o ano de 2017.

(Retirado de PORDATA e INE - janeiro de 2019)

2.1.4. Caraterização Socioeconómica

a) *Famílias*

Segundo dados mais recentes da PORDATA relativos aos Censos de 2011, residiam no concelho de Montemor-o-Novo, nesse ano, 7.055 famílias. Verifica-se que os agregados familiares com 3 a 5 elementos eram os mais frequentes no concelho, com 2.734 famílias deste tipo. Realça-se ainda o facto de haver 1.633 famílias unipessoais, constituindo 23% do total de famílias do concelho. Dentro das famílias unipessoais, 1.019 indivíduos teriam 65 ou mais anos.

b) *Educação*

A população residente analfabeta com 10 e mais anos, segundo os Censos de 2011, era de 1.827 habitantes, sendo que a sua maioria era do sexo feminino (1.134 mulheres). De acordo com os Censos de 2011, Portugal apresentava aproximadamente 10% de população sem qualquer nível de escolaridade, ao passo que em Montemor-o-Novo este indicador atingia aproximadamente 19% da população total. Com nível de escolaridade correspondente ao Ensino Superior, Portugal apresentava aproximadamente 14%, enquanto Montemor-o-Novo apresentava apenas cerca de 9% da população com esse nível de escolaridade.

c) *Emprego/Desemprego*

Em 2011, Montemor-o-Novo apresentava, segundo dados do PORDATA atualizados em 2015, a 3ª maior taxa de desemprego da região do Alentejo (8,3%). Apesar disso, tinha um valor consideravelmente inferior à média nacional desse ano (13,2%). A população da faixa etária dos 15-24 anos constituía 23% do total de desempregados, sendo o sexo feminino o que apresentava maior taxa de desemprego.

d) *Infraestruturas desportivas*

O concelho de Montemor-o-Novo conta com um vasto leque de infraestruturas desportivas tais como grandes campos de jogos para futebol, rãguebi e hóquei; pista de atletismo; ginásio; vários campos de futebol de terra batida nas várias freguesias; pátios desportivos e espaços elementares de jogo desportivo; polidesportivo na sede municipal e em outras freguesias; clube de ténis com 4 campos de piso duro iluminados, 1 court de miniténis e sala polivalente; centro hípico com escola de equitação e pista de esqui aquático na barragem da Atabueira (ou Barragem do Ciborro).

2.1.5. Indicadores de Saúde

Tanto a **taxa de fecundidade geral** como a **taxa bruta de natalidade** estimadas para o ano de 2017, foram inferiores à média nacional e à média do Alentejo Central (**tabela 6**), havendo assim uma renovação de população inferior comparativamente a estas.

Relativamente ao valor da **taxa bruta de mortalidade** para Montemor-o-Novo, este valor é superior ao valor nacional e ao valor do Alentejo Central (**tabela 6**). O valor nulo da **taxa de mortalidade infantil** no mesmo ano poderá ter sido influenciado pela baixa natalidade verificada no concelho de Montemor-o-Novo (**tabela 7**).

Tabela 7 - Indicadores de saúde para o ano de 2017.
(Dados retirados de PORDATA - janeiro de 2019)

Indicadores de saúde no ano de 2017			
	Portugal	Alentejo Central	Montemor-o-Novo
Taxa de fecundidade geral (‰)	37,2	36,4	33,6
Taxa bruta de natalidade (‰)	8,4	7,5	6,4
Taxa bruta de mortalidade (‰)	10,7	14,6	15,2
Taxa de mortalidade infantil (‰)	1,9	3,4	0,0

A taxa bruta de natalidade em Portugal no ano de 1981 era de 15,5‰ e em Montemor-o-Novo era de 11,1‰, de acordo com os dados do INE. Como se pode inferir através dos dados da Tabela 6, a taxa bruta de natalidade para o ano de 2017 na região em análise é muito menor, possivelmente face à existência de uma população envelhecida.

Já no que respeita à **taxa bruta de mortalidade** em Portugal, no ano de 1960 era de 10,7‰ e em Montemor-o-Novo era de 7,3‰ enquanto mais recentemente, em 2017, se verifica que esta taxa permanece inalterada para Portugal, mas aumentou significativamente no segundo caso.

A **tabela 8** compara percentualmente a evolução temporal de algumas causas de morte em Portugal e no concelho de Montemor-o-Novo, nos anos de 1981, 2011 e 2016.

Tabela 8 - Algumas causas de morte em Portugal e Montemor-o-Novo, nos anos de 1981, 2011 e 2016 (%).

(Dados retirados de INE e PORDATA - janeiro de 2019)

Evolução de algumas causas de morte em Portugal e Montemor-o-Novo, anos de 1981, 2011 e 2016 (%)						
	1981		2011		2016	
	Portugal	Montemor-o-Novo	Portugal	Montemor-o-Novo	Portugal	Montemor-o-Novo
Doenças do aparelho circulatório	43,7	47,2	30,7	32,7	29,5	30,2
Tumores malignos	14,9	15,1	24,8	24,5	24,7	21,1
Diabetes mellitus	1,2	0	4,4	10,1	3,9	10,6
Doenças do aparelho respiratório	7,4	3,7	11,6	7,8	12,2	10,6
Doenças do aparelho digestivo	5,2	6,0	4,4	3,5	4,5	1,1
Suicídio	0,8	1,4	1	2,7	0,9	1,9

De acordo com os dados acima apresentados, pode-se inferir que a mortalidade no concelho referente a doenças do aparelho circulatório é superior à nacional, ainda que tenha vindo a diminuir nos últimos anos. No mesmo período verificou-se que a mortalidade devida a neoplasias malignas tem vindo a aumentar, contudo de acordo com os dados de 2016, o valor atribuído a Montemor-o-Novo é inferior ao nacional. A mortalidade atribuída à diabetes *mellitus* tem vindo a aumentar de modo importante ao longo dos anos, sendo no concelho de Montemor-o-Novo muito superior à nacional.

Em relação às doenças do aparelho respiratório o valor nacional tem sido superior ao valor atribuído à mortalidade por este grupo de patologias no concelho. A percentagem de óbitos por suicídio no concelho foi mais elevada do que a nacional. No entanto, parece ter havido um decréscimo se compararmos os dados de 2011 e 2016.

Em 2017, ocorreram 50 acidentes de viação com vítimas no concelho de Montemor-o-Novo (menos 12 que no ano anterior).

Segundo dados do INE, em 2017 o concelho comportava 26 médicos, 51 enfermeiros, 15 farmacêuticos e 4 dentistas (dados de 2016).

A **tabela 9** apresenta o número de habitantes por médico e por farmacêutico e permite-nos verificar que o número de habitantes por médico em Montemor-o-Novo é superior ao triplo do valor nacional.

Tabela 9 - Número de habitantes por médico e farmacêutico em Portugal e Montemor-o-Novo, no ano de 2017.

(Dados retirados de PORDATA - janeiro de 2019)

Territórios	Rácio	
	Habitantes por médico	Habitantes por farma...
Anos	2017	2017
Portugal	198,3	791,8
Montemor-o-Novo	616,8	1.069,0

2.1.6. Recursos de Saúde e Apoio Social

Os serviços de saúde do concelho de Montemor-o-Novo incluem 1 Centro de Saúde (CS) com 2 USF, sem internamento, e 1 hospital privado, que conta com uma Unidade de Convalescença, uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), uma Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e uma Unidade de Paliativos, pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Hospital de São João de Deus.

Relativamente aos recursos de saúde na comunidade, o concelho é dotado de 11 farmácias/postos farmacêuticos móveis, centros de enfermagem, centros de análises clínicas e laboratórios, clínicas médicas e dentárias, centros de fisioterapia e massagem e lares de terceira idade.

No concelho existem vários estabelecimentos de apoio à comunidade que abrangem todas as faixas etárias e promovem a luta contra a pobreza e a exclusão social. Conta com aproximadamente 16 instituições de carácter social, sendo estas: associações de reformados, pensionistas e idosos, comissões de reformados, pensionistas e idosos.

De realçar o papel da Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Montemor (CERCIMOR) na integração de pessoas portadoras de deficiência, atendendo a que existe um número considerável de indivíduos nestas circunstâncias.

Segundo os Censos de 2001 (últimos disponíveis para o indicador em questão), os dados do PORDATA referentes aos residentes portadores de deficiência mostram que o concelho tem um total de 1.037 pessoas com deficiência. As deficiências mais frequentes são a motora, a visual e a auditiva, respetivamente com 319, 254 e 167 portadores.

Na área da cultura, lazer e desporto, o concelho tem à disposição da sua população diversos recursos tais como Escola de Ballet, Oficina do Canto, Cineteatro Curvo Semedo. No desporto conta com o Centro Juvenil, Escolas e Escolinhas do Desporto, várias infraestruturas desportivas, piscina coberta municipal, piscinas recreativas municipais, clube de ténis, centro hípico, entre outros.

As entidades responsáveis pelas operações de socorro e segurança do concelho são a Associação Humanitária dos Bombeiros de Montemor-o-Novo e o Destacamento Territorial da Guarda Nacional Republicana.

2.2. Equipa Operacional de Saúde Oral

Fazem parte da equipa operacional de saúde oral o médico dentista ou estomatologista, médicos de família, médicos de saúde pública, enfermeiros de família, higienistas orais, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais entre outros profissionais, elementos fundamentais para o sucesso de uma política adequada e integrada de saúde oral.

2.3. Sistemas de Informação Utilizados

O PNPSO tem como suporte três sistemas de informação:

- ✓ **SINUS (Sistema de Informação Nacional dos CSP) ou SONHO–CSP (Sistema Administrativo para os CSP)** – utilizados pelos secretários clínicos/administrativos para o agendamento, marcação e efetivação das consultas, para além da seleção de utentes sujeitos a cobrança de taxa moderadora associada à consulta, caso se justifique, entre outras potencialidades relacionadas com a gestão de utilizadores, gestão de profissionais, geração de agendas;
- ✓ **SClinico/SAM (Sistema de Apoio ao Médico)** através do qual é efetuada a emissão das referências pelo médico de família do utente (ou por quem o substitui) para a consulta de medicina dentária nos CSP, assim como, e sempre que tal se justifique, o encaminhamento do utente para consulta hospitalar via “Consulta a Tempo e Horas” (CTH). De igual modo, o médico dentista do CS pode utilizá-lo para registo da consulta e respetivo plano de tratamentos;
- ✓ **SISO (Sistema de Informação para a Saúde Oral)**, um portal *web* que oferece interface com os diferentes tipos de utilizadores identificados e de acordo com os diferentes perfis; nele, o médico dentista do Centro de Saúde regista toda a sua atividade, tendo acesso aos diversos menus disponíveis para o efeito: referência do utente para outro profissional/técnico de saúde, agendar/marcar/remarcar consultas ou continuidade de tratamentos, pesquisar e aceder a dados de saúde dos utentes, corrigir registos, etc.

2.4. Consulta de Saúde Oral no âmbito do PNPSO

4.4.1. População alvo

No caso da população abrangida pelo cheque dentista, têm acesso as crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, os jovens de 7, 10, 13, 16 e 18 anos, as crianças e jovens de idades intermédias (8, 9, 11, 12 e 14 anos) mulheres grávidas seguidas no SNS, beneficiários do complemento solidário e portadores de VIH/SIDA.

No âmbito do Projeto SOCSF, a população abrangida corresponde à generalidade dos utentes do ACES, sem qualquer restrição de patologia, onde médicos dentistas ou estomatologistas desempenhem funções.

Embora os utentes do CS tenham direito de escolha dos prestadores na medida dos recursos existentes, isto é, podem escolher o médico dentista ou estomatologista nos ACES que disponham de mais de um destes prestadores, não é o caso de Montemor-o-Novo onde só existe um profissional de medicina dentária.

Os utentes dos serviços de saúde têm direito a receber com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, os cuidados de saúde oral de que necessitam.

O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos. O consentimento ou recusa da prestação de cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da Lei.

4.4.2. Forma de Referenciação

O médico de família (MF) ou, na sua falta, outro médico da unidade funcional que o substitua, faz a referenciação no SClínico para uma consulta de Saúde Oral por três vias possíveis:

- 1) Para Consulta de Medicina Dentária no Centro de Saúde (PNPSO/SOCSP) – Todos os utentes têm direito a acesso a consulta de medicina dentária no Centro de Saúde do ACES de inscrição do utente mediante prévia avaliação diagnóstica pelo respetivo MF que justifique a sua referenciação para essa consulta;
- 2) Para Consulta Hospitalar de Medicina Dentária/Estomatologia – Os utentes com situações que necessitem de intervenção a nível hospitalar podem ser referenciados, via CTH – Consulta a Tempo e Horas – para o hospital de referência do utente.
- 3) Por emissão de Cheque Dentista/Cheque Diagnóstico – Mulheres grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário, portadores de VIH/Sida, crianças até aos 7 anos, crianças das idades intermédias (8, 9, 11, 12 e 14 anos) podem ter acesso a cheque dentista. Os utentes com lesão na cavidade oral suspeita de malignidade podem ter acesso a um cheque PIPCO pelo Médico de Família.

Os jovens de 7, 10, 13, 16 e 18 anos têm referenciação exclusiva por este meio emitida pelo administrativo do CS.

A referenciação para o Projeto SOCSP é desmaterializada, ou seja, ao ser emitida não é impresso nenhum PDF com a referenciação, nem será possível a reimpressão do mesmo. Na sequência desta primeira referenciação e após a utilização da mesma, poderá o utente solicitar no serviço administrativo do Centro de Saúde um novo acesso a estas consultas (a partir de 1 de Janeiro, as referenciações já estão a ser efetuadas mediante entrega de uma credencial ao utente).

No âmbito da referenciação, e para os casos em que o paciente não tem número de utente do SNS e desconhece o número da referenciação, deverá ser realizada uma pesquisa por “Nome/Data de Nascimento”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Despacho nº 8591-B/2016 determinou a implementação de consultas de saúde oral, nos CSP, de forma faseada, através de experiências-piloto. Nesse sentido, o Centro de Saúde (CS) de Montemor-o-Novo do ACES Alentejo Central foi um dos 13 CS que albergou uma equipa de medicina dentária no âmbito do referido projeto.

A 16 de Setembro de 2016, conforme solicitado pela ARS Alentejo fui destacado, juntamente com a assistente dentária, para o CS de Montemor-o-Novo. No referido despacho e na Circular Normativa da DGS nº8 de 2016, atualizada a 13 de outubro de 2016, a população-alvo da experiência piloto começou por abranger apenas os utentes do referido ACES portadores de diabetes, neoplasia, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e transplantados. A 26 de Outubro de 2016, já após o início de funções, todos os médicos dentistas do Projeto Piloto de Saúde Oral dos 13 CS foram convocados para uma reunião no Ministério da Saúde, acompanhados pelos respetivos Diretores Executivos dos ACES. Ali foram referidos e destacados alguns constrangimentos ao normal funcionamento do Projeto. Nesse sentido, expus e explicitiei algumas propostas e soluções que me pareceram mais adequadas à especificidade do CS de Montemor-o-Novo, de acordo com o que deveriam ser os objetivos e as metas/*outcomes* do Projeto Piloto, das quais destaco:

- ✓ **Redefinição de Objetivos:** número razoável de consultas entre um mínimo de **8** a um máximo de **10** consultas de medicina dentária por dia, tendo em conta diversos fatores que vão desde a população alvo, ao normal funcionamento do consultório, aos horários do próprio CS e à definição do papel do médico dentista enquanto membro de uma equipa multidisciplinar de saúde.
- ✓ **Avaliação Demográfica:** sendo os idosos os maiores beneficiários deste projeto, juntamente com as pessoas mais carenciadas e com doenças crónicas associadas, deveríamos ter isso em conta e atender às características da população, nomeadamente em termos de dificuldades de locomoção, défices auditivos e visuais, entre outras limitações, que levam à necessidade de agendamento de consulta com tempo suficiente para mobilizar e educar o paciente.
- ✓ **Alargamento:** no decurso de uma correta avaliação demográfica e sociológica da população desta unidade de saúde achei pertinente o alargamento deste programa aos utentes de Vendas Novas e Arraiolos, o que permitiu atingir o número estimado de cerca de 40 consultas por semana, captando aqueles utentes que efetivamente mais necessitam deste tipo de cuidados. Sugeri ainda que, em casos devidamente fundamentados/justificados pelo médico dentista do CS, o utente pudesse vir a ter a possibilidade de aceder a tratamento

reabilitador protético de forma a minorar o mais possível o seu défice/limitação mastigatória.

- ✓ **Logística:** sabendo-se que a presença da assistente dentária é fundamental na consulta de medicina dentária, de acordo com os objetivos propostos, tornava-se difícil conciliar atos administrativos como a marcação das consultas com a logística inerente a certas tarefas específicas como a lavagem do material e o agendamento dos pacientes. Acentuei a urgente necessidade de uma clara definição do papel dos administrativos que intermedeiam a marcação de consultas e que são essenciais, na medida em que são aqueles que conhecem as pessoas e têm o conhecimento e a autoridade necessárias para, em muitos casos, educar o paciente em casos de gestão de conflitos, mormente aquando da obrigatoriedade de pagamento de taxas, sendo de realçar ainda o seu papel no acesso ao SINUS e ao RAC.

- ✓ **Papel do Médico Dentista:** o médico dentista deveria ser integrado na equipa que compõe o Centro de Saúde, sendo óbvios os benefícios da sua participação nas reuniões semanais dos clínicos e/ou da USF/UCSP a fim de poder dar conta das consultas realizadas, dos principais problemas ocorridos, de quais os doentes que mais necessitam de referenciação, etc; além disso, tal participação permitiria realizar formação em saúde oral aos médicos de família referenciadores. A título de exemplo, inserir a consulta de medicina dentária no âmbito da consulta de rotina ao paciente diabético e hipertenso seria uma medida a ser trabalhada e pensada no âmbito da equipa multidisciplinar inerente a este espaço de saúde – elaboração de um Bilhete de Identidade de Saúde Oral.

Nas supracitadas propostas é possível verificar em muitas delas o impacto que a população mais idosa teve na equação de medidas que visavam um melhor aproveitamento do serviço de medicina dentária mais especificamente direcionado para este tipo de população. Na **tabela 10** podemos vislumbrar que, no que concerne apenas ao ano de 2017, existiu um claro melhoramento do ritmo e da cadência de atendimentos aos muitos utentes que foram referenciados para a consulta de medicina dentária dos CSP, o que não pode ser dissociado quer da assimilação de todo o conceito do processo de referenciação por parte dos intervenientes mais diretos nas referenciações emitidas, como o são os médicos de Medicina Geral e Familiar, os próprios utentes, pelo conhecimento que foram tendo da existência do serviço e os seus constantes melhoramentos de funcionamento e, claro, a Norma nº 2/2017 de 15 de Fevereiro da DGS que alargava o acesso a cuidados de medicina dentária a todos os utentes inscritos nos ACES onde decorriam as experiências piloto, sem qualquer restrição de patologia clínica, passando a referenciação dos utentes a estar apenas na dependência do critério do respetivo médico de família. Deve ser observada a similaridade dos números no que respeita aos CS que estiveram desde o início no Projeto Piloto (Portel e Montemor-o-Novo) enquanto o CS de Estremoz, que apenas iniciou os seus registos em Setembro de 2017, teve as esperadas

dificuldades de instalação inerentes a todo o contexto que está associado à novidade de um serviço numa dada Unidade de Saúde; no entanto, essas dificuldades iniciais foram mais facilmente ultrapassadas pela partilha da experiência transmitida a todos os novos intervenientes no projeto daquela unidade a fim de poder mais rapidamente entrar em normal funcionamento, à semelhança dos restantes.

Tabela 10 - Dados de Saúde Oral nos CSP, no ano de 2017, na ARS Alentejo.

Fonte: Direção Geral da Saúde – SISO

ARS Alentejo	Consultas de Saúde oral		Utentes atendidos		Utentes tratados		Tratamentos básicos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS Portel*	1820	46,9	464	41,8	1311	43,6	1911	43,7
CS Montemor-o-Novo*	1737	44,8	490	44,2	1321	43,9	1960	44,9
CS Estremoz**	318	8,2	154	13,9	372	12,3	495	11,3
Totais	3875	100	1108	100	3004	100	4366	100

* Início de registos no SISO: 10/10/2016

** Início de registos no SISO: 01/09/2017

Atendendo aos compreensíveis constrangimentos e condicionamentos inerentes quer ao início da implementação do Projeto Piloto, quer à restrita população alvo com acesso ao Programa SOCS, entendemos ser mais pertinente restringir o presente relatório ao período compreendido entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de Dezembro de 2018. Foram 2 anos consecutivos a laborar já com alguma rotina de funcionamento, com maior ligação entre os diversos *players* que contribuíram para o seu funcionamento e coincidindo precisamente com o momento em que o acesso a este tipo de cuidados foi alargado a todos os utentes ao qual o Serviço de Medicina Dentária do CS de Montemor-o-Novo deu cobertura, a saber: USF Foral e USF Alcaldes de Montemor-o-Novo, USF Matriz de Arraiolos e ainda a UCSP de Vendas Novas.

Os resultados cumulativos, obtidos e fornecidos pela DGS, correspondentes às datas acima referidas, foram de um total de 1441 referências, sendo a larguíssima maioria (n=1350) provenientes dos médicos de família das duas USF do CS de Montemor-o-Novo, contribuindo Vendas Novas e Arraiolos apenas com 70 e 21 referências, respetivamente (**fig. 17**).

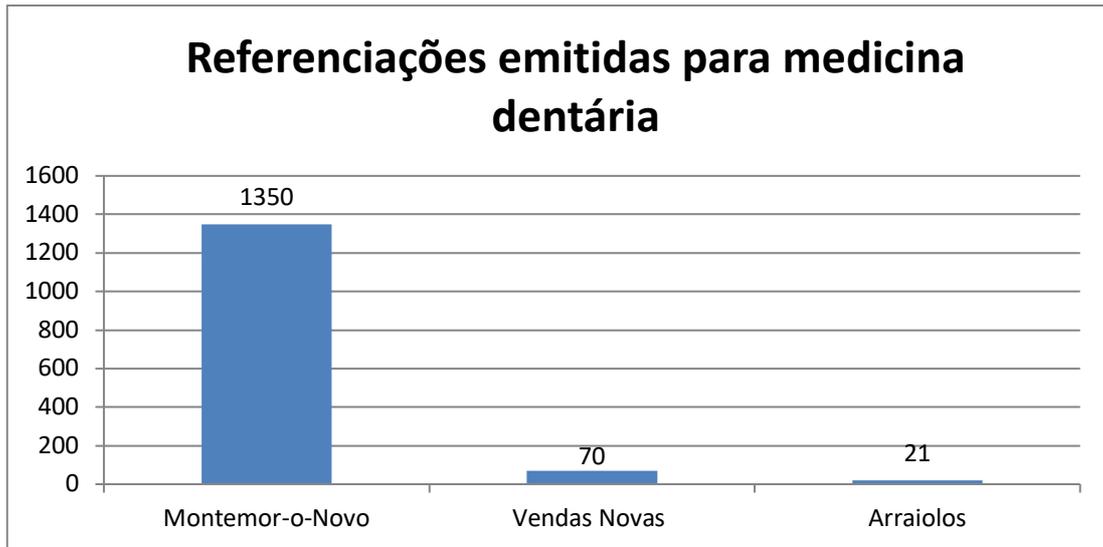


Fig. 17 - Número e proveniência das referenciações para consulta de medicina dentária emitidas pelos MF do CS de Montemor-o-Novo (01/01/2017 a 31/12/2018)

Fonte: Direção Geral da Saúde – SISO

No período em análise, a faixa etária com mais utentes referenciados para a consulta de medicina dentária do CS de Montemor-o-Novo foi a dos utentes com idade igual ou superior a 65 anos (n=307), com cerca de 41,15% das referenciações, secundada pela faixa etária dos [50-64] anos, com 203 referenciações (27,21%). Ambas representaram cerca de 68% do total das referenciações, como demonstra a **figura 18**. Os utentes dos [34-49] anos contribuíram com 133 referenciações (17,82% do total) enquanto utentes dos [20-34] e menos de 20 anos de idade representaram 6,56% (n=49) e 7,23% (n=54), respetivamente.

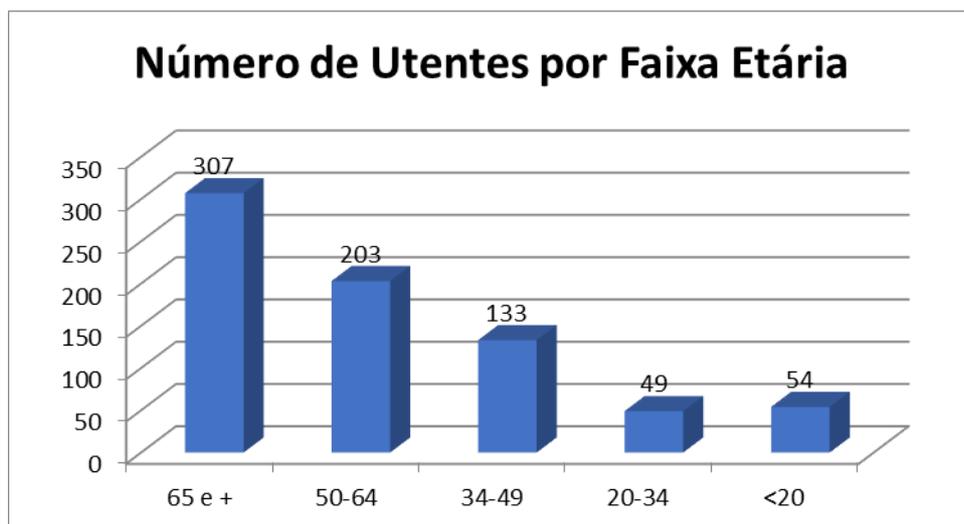


Fig. 18 - Número de utentes atendidos na consulta de medicina dentária do CS de Montemor-o-Novo por faixa etária (01/01/2017 a 31/12/2018)

Fonte: Direção Geral da Saúde – SISO

Verificamos, portanto, que a população mais idosa é, de longe, a maior utilizadora dos serviços de medicina dentária disponibilizados pelos CSP, com quase metade dos utentes com 65 ou mais anos de idade. Esta população é aquela que necessita de maiores cuidados de saúde oral sendo, juntamente com a faixa etária dos 50-64, a que necessitou de planos de tratamento que envolvem mais atos clínicos. Sendo assim, é importante verificar e compreender a panorâmica do número de planos de tratamentos efetuados (n=1118) face aos concluídos (n=843): como grande parte da população que foi referenciada para o serviço é maioritariamente constituída por pessoas mais idosas isso obsta a que, ao longo de um ano, se consiga finalizar o plano de tratamento inicialmente registado, depois de proposto e acordado com o utente, no período de um ano (espaço temporal em que a referenciação é válida; findo esse período é necessário emitir nova referenciação e realizar novo plano de tratamento).

É também de referir e realçar que esta medida de introdução de médicos dentistas nos CSP faz aumentar bastante a literacia em saúde, nomeadamente no que toca a esclarecer e promover a importância de uma boa saúde oral no contexto de uma boa saúde geral. Infelizmente, são muitos os casos em que por receio, por estar no plano de tratamento um procedimento mais invasivo, os utentes acabam por não finalizar os planos de tratamento previstos (**figura 19**), seja por algum receio de saberem que procedimento vão realizar seja por renitência em prosseguir-lo dado não terem ainda soluções para a falta de dentes que possam vir a ter. Não podemos aqui descurar que, infelizmente, pode haver alguma falta de literacia de alguns utentes e daí a necessidade de um maior investimento nesta área da educação para a saúde, alertando para a importância de não faltarem às consultas e consciencializando-os para a necessidade de eliminarem os muitos mitos que ainda prevalecem na mente da população mais idosa.

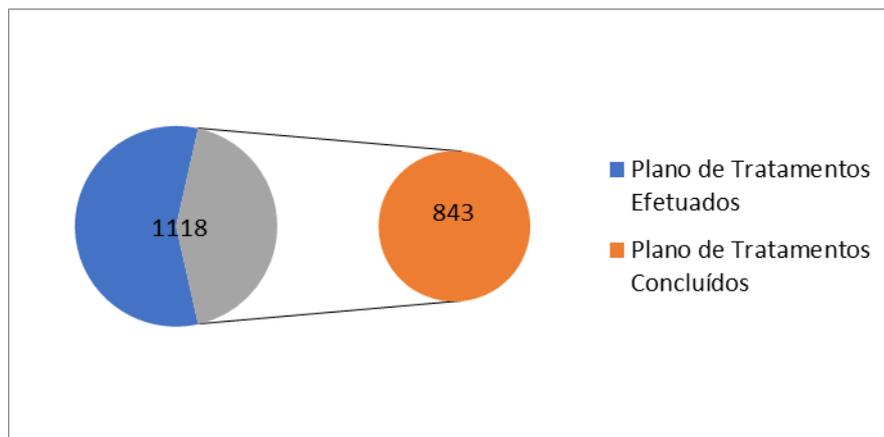


Fig. 19 - Número de tratamentos efetuados e concluídos em medicina dentária no CS de Montemor-o-Novo (01/01/2017 a 31/12/2018)

Fonte: Direção Geral da Saúde – SISO

Numa breve análise aos resultados apresentados na **tabela 11**, podemos verificar que os tratamentos mais requeridos e, portanto, mais efetuados acabam por, invariavelmente, estar relacionados com exodontias e restaurações; mais de 40% dos tratamentos realizados durante o período de tempo em análise foram exodontias de dentes permanentes, sendo as restaurações em resina composta o segundo tipo de tratamento mais realizado (19,2%). Estes indicadores põem em evidência alguns dos problemas detetados neste programa como o défice de soluções a oferecer, nomeadamente a falta de recursos financeiros para disponibilização e colocação de próteses dentárias em substituição destas perdas de peças dentárias.

Tabela 11 - Discriminação do tipo de tratamentos realizados no CS de Montemor-o-Novo

Fonte: Direção Geral da Saúde – SISO

Tipo de Tratamentos	Nº	%
Exodontia de dentes decíduos	29	0,6
Restauração direta definitiva em amálgama	1	0,02
Exodontia de dentes permanentes	1815	40,5
Restauração direta definitiva em resina composta	863	19,2
Restauração direta definitiva em cimento de ionómetro de vidro modificado	418	9,3
Obturação canalar	131	2,9
Preparação químico-mecânica	169	3,7
Destartarização	725	16,2
Raspagem e alisamento radicular	170	3,7
Tratamento periodontal de manutenção	68	1,5
Drenagens	20	0,4
Selamento de fissuras	57	1,2
Pulpotomia	4	0,08
Correções de defeitos ósseos	7	0,1
TOTAL	4477	100

Existem ainda casos mais extremos, em que o utente já idoso acaba o seu plano de tratamento, que consiste na remoção de todas as peças dentárias, e fica edentulo, sem que o Estado e o próprio SNS, mais propriamente o serviço de medicina dentária dos CSP, lhe consiga dar solução. Uma proposta a ser considerada é aquela veiculada pela Ordem dos Médicos Dentistas - o Cheque-Prótese -, que possibilitaria a um utente desdentado total conseguir, numa clínica de medicina dentária privada convencionada, utilizar o seu cheque para conseguir realizar a sua adequada reabilitação oral protética. Os recentes dados divulgados no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais da DGS [7] é bem ilustrativo do que referimos e da premência de medidas como a sugerida. Analisando os dados da **tabela 12**, verifica-se que 86,3% dos indivíduos do grupo dos 35-44 anos apresentava 20 ou mais dentes naturais diminuindo essa percentagem para apenas 36,7% no grupo dos 65-74 anos, em resultado do efeito cumulativo da progressão das doenças orais sendo que, relativamente aos desdentados totais, no grupo mais idoso a percentagem apurada foi de 14,4% [7].

Tabela 12 - Indivíduos com 20 ou mais dentes e desdentados totais nos escalões etários 35-44 e 65-74 anos de idade

Fonte: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís/DGS [7]

Idade	n	Com 20 ou + dentes		Desdentados totais	
		Nº	%	Nº	%
35-44	1296	1097	86,3	12	0,6
65-74	1309	436	36,7	212	14,4

As necessidades de tratamento na população idosa têm custos elevados como resultado da falta de dentes, cáries, doenças periodontais, restaurações e edentulismo com indicação protética. Se a estes problemas juntarmos a falta de cobertura do SNS, as opções de tratamento para muitos pacientes ficam bastante limitadas e, todos sabemos, grande parte da nossa população idosa prefere extrair um dente em vez de recorrer aos serviços do médico dentista para a realização de um tratamento endodôntico ou para a colocação de uma coroa ou uma ponte. O gráfico da **figura 20** ilustra bem como, durante o período em que decorreu este estágio, foram essencialmente os idosos que realizaram apenas um tratamento. Para além disso, há muitos exemplos de pacientes idosos com muito baixas pensões, impeditivas do pagamento de qualquer destes tratamentos dentários, que negligenciam qualquer intervenção, o que os leva à perda irreversível de cada dente e ao edentulismo.

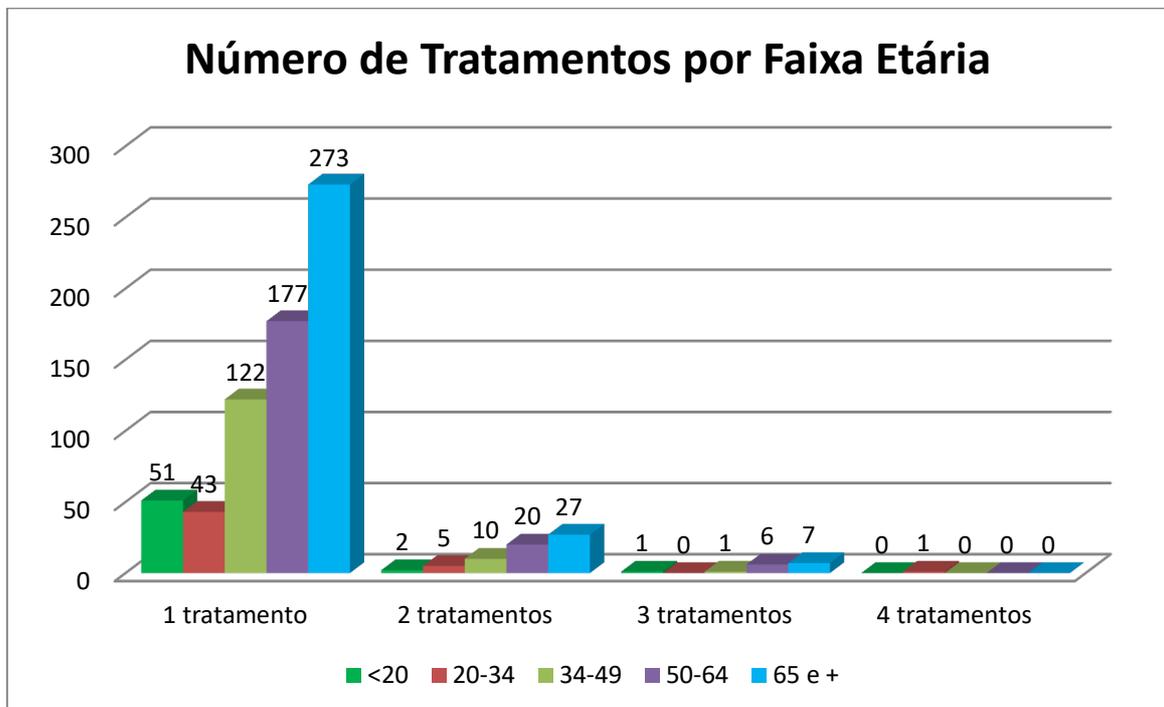


Fig. 20 - Número de tratamentos por faixa etária

Fonte: Direção Geral da Saúde – SISO

No entanto, verifica-se que existe uma crescente procura de cuidados médico-dentários por parte das pessoas mais idosas, o que é muito positivo. Mas, acima de tudo, tal atitude acaba por ser a consequência de uma maior consciencialização por parte desta faixa etária, quer através da informação cada vez mais veiculada da importância da saúde oral no âmbito da saúde geral, quer pela procura de uma efetiva melhoria da qualidade de vida. As organizações socioprofissionais, as IPSS, o próprio Ministério da Saúde, têm conseguido promover ações de sensibilização e cativar as atenções dos doentes para esse facto. Para além disso, os dois projetos-piloto implementados pelo governo, a literacia em saúde e a integração de médicos dentistas nos CSP, visando uma clara melhoria dos índices de saúde oral, promovem igualmente a procura de tratamentos por parte destes utentes.

O maior desafio associado à população idosa consiste sobretudo em tentar ir de encontro ao que realmente procuram. São pacientes que fruto da sua experiência de vida, em muitos casos por um lado, arrastam consigo muitas memórias traumáticas relacionadas com a saúde oral em virtude das técnicas disponíveis no passado e, por outro, tantos deles que simplesmente nunca foram a uma consulta de medicina dentária. A minha experiência evidenciou-me que acabam por ser pacientes que procuram, acima de tudo, melhorar a sua qualidade de vida, como referi. Nesse sentido, devemos sempre ter uma abordagem mais cuidada, fazer uma exaustiva anamnese sobre a condição do doente, auscultar a forma como podemos superar as suas próprias expectativas e, igualmente, compreender que, muitas vezes, perante uma mesma condição clínica, o tratamento que faríamos num paciente adulto não será necessariamente o mesmo a aplicar num paciente idoso, polimedicado, quantas vezes com patologias do foro neuropsiquiátrico mais ou menos graves, mais ou menos avançadas e complicadas. Por tais motivos, é necessário adaptar o tratamento e a atitude à condição prévia do idoso.

No já referido III Estudo de Prevalência das Doenças Orais [7], construído com os valores dos diferentes componentes do índice CPOD (nº de dentes cariados, perdidos e obturados por cárie), é notório o aumento da influência da componente “perdidos” nos grupos etários de idade mais elevada, em especial na faixa dos 65-74 anos, como nos permite constatar a observação do gráfico da **figura 21**.



Fig. 21 - Índice CPOD em idosos versus outros diferentes grupos etários

Fonte: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais/DGS [7]

Porém, os utentes com mais idade vão estando cada vez mais conscientes da mais-valia de uma boa saúde oral, pelo que se preocupam em tentar eliminar focos de infeção e corrigir alguns problemas estéticos e funcionais. Ao mesmo tempo, cada vez mais anseiam e perspetivam uma melhor qualidade para a sua vida, insistem na resolução de problemas de uma forma mais radical, visando claramente a eliminação de focos de dor e de desconforto.

O papel dos médicos dentistas é importantíssimo e pode muitas vezes ser a “alavanca” necessária, a motivação, para a adoção de estilos de vida saudáveis. É do senso comum que múltiplos pacientes, por via da falta de respostas do SNS e por deficiente *status* financeiro, sempre negligenciaram a sua saúde oral. Acontece, porém, que, felizmente, temos na atualidade uma cada vez maior oferta de cuidados básicos de saúde oral e uma maior e mais especificada informação acerca das nefastas consequências do desdém da sua importância em termos de saúde global, independentemente da idade de cada um.

4. CONCLUSÃO

A procura de cuidados de saúde oral em função de uma maior consciencialização da população idosa para esta área da saúde individual, tornará o Médico Dentista também protagonista e “veículo” de promoção de saúde, pois irá contribuir para contrariar os dados desoladores do último barómetro de saúde oral que a Ordem dos Médicos Dentistas nos dá a conhecer. Creio que, com uma adequada prevenção, conjuntamente com um reforço da literacia em saúde, apostas basilares das estratégias em saúde, os futuros idosos serão certamente mais saudáveis e os problemas com que hoje nos deparamos serão provavelmente um pouco diferentes, para muito melhor, no futuro na sequência de novos e salutareos hábitos adquiridos que se irão refletir na saúde oral e geral de todos os cidadãos. Por tais motivos, a Odontogeriatrics, uma competência que urge ser criada, será uma especialidade que irá, sem sombra de dúvida, conglomerar mais e melhores conhecimentos, para formar e informar os profissionais de saúde em saúde oral e em outras áreas. E os números e o resultado de ulteriores estudos confirmarão, sem dúvida, a evidência epidemiológica e a certeza científica de que o futuro passará, obviamente, pela influência cada vez maior da figura do Médico Dentista nos CSP, mormente junto da população mais desfavorecida e em equipas multidisciplinares que se virão a formar tendo em vista sempre uma melhor saúde e melhor qualidade de vida dos nossos cidadãos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
2. Division UNP. World Population Ageing 2013. In: Division DoEaSA-P, editor. United Nations, New York: World Population Ageing 2013; 2013.
3. BLOOM, David E., et al. Population aging: facts, challenges, and responses. Benefits and compensation International, 2011, 41.1: 22.
4. Department of Economic and Social Affairs - Population Division. World Urbanization Prospects. The 2011 Revision. Highlights. United Nation, New York.2012.
5. LING, Zou; TAO, Hu. Dental Caries and Systemic Diseases. In: Dental Caries. Springer, Berlin, Heidelberg, 2016. p. 129-155.
6. GROSSI, Sara G., et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. Journal of periodontology, 1994, 65.3: 260-267.
7. Direção-Geral da Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (resultados). Lisboa (Portugal). 2015
8. SIMÕES, Jorge, et al. Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. Health Policy, 2018, 122.8: 803-807.
9. Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março. Diário da República, 1.ª série - N.º 99 de 23 de maio de 2011. Funcionamento do Programa Nacional de promoção de Saúde Oral.
10. Criação de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos Decreto-Lei n.o 252/2007, DR n.o 128, Série I de 2007-07-05.
11. Despacho n.º 8591- B – Diário da República, 2.ª série - N.º 125 - 1 de julho de 2016. Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários - Experiência Piloto.
12. Direção-Geral da Saúde. Projeto Saúde Oral - Experiência Piloto. Circular Normativa n.º8/2016 de 1 de Setembro de 2016, actualizada a 13 de Outubro de 2016. Circular Normativa n.º 1/2005 de 18 janeiro de 2005.
13. Direção-Geral da Saúde. Projeto Saúde Oral. Circular Normativa n.º2/2017 de 15 de Fevereiro de 2017.

14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. Disponível em [WorldPopulationAgeing2013.pdf](#).
15. LAMSTER, Ira B.; CRAWFORD, Natalie D. The oral disease burden faced by older adults. In: *Improving Oral Health for the Elderly*. Springer New York, 2008. p. 15-40.
16. OECD (2016), Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en (Acedido em 17 Abril 2016) <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.html>.
17. INE (2015), Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
18. SPIJKER, Jeroen; MACINNES, John. Population ageing: the timebomb that isn't. *BMJ*, 2013, 347: f6598. Disponível em <https://core.ac.uk/download/files/647/28974908.pdf>.
19. OECD and EU. (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
20. HABERKERN, Klaus, et al. The role of the elderly as providers and recipients of care. *The Future of Families to 2030*, 2011, 189-257.
21. GOTTLIEB, Benjamin H.; GILLESPIE, Alayna A. Volunteerism, health, and civic engagement among older adults. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 2008, 27.04: 399-406.
22. JEGERMALM, Magnus; JEPPSSON GRASSMAN, Eva. Caregiving and volunteering among older people in Sweden—Prevalence and profiles. *Journal of aging & social policy*, 2009, 21.4: 352-373.
23. LAFORTUNE, Gaetan; BALESTAT, Gaëlle. Trends in severe disability among elderly people. 2007.
24. OECD (2015), “Life expectancy and healthy life expectancy at age 65”, in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-72-en.

25. WEYANT, Robert J. Oral Health and the Epidemiology of Oral Disease in Older Adults. In: *The Epidemiology of Aging*. Springer Netherlands, 2012. p. 359-376.
26. GONSALVES, Wanda C.; WRIGHTSON, A. Stevens; HENRY, Robert G. Common oral conditions in older persons. *Am Fam Physician*, 2008, 78.7: 845-52. Disponível em http://familymed.uthscsa.edu/geriatrics/reading%20resources/virtual_library/Outpatient/DentalOral08.pdf.
27. TIMIRAS, Paola S. (ed.). *Physiological basis of aging and geriatrics*. CRC Press, 2007.
28. HUTTNER, Eder Abreu, et al. Effects of human aging on periodontal tissues. *Special Care in Dentistry*, 2009, 29.4: 149-155.
29. LING, Zou; TAO, Hu. Dental Caries and Systemic Diseases. In: *Dental Caries*. Springer Berlin Heidelberg, 2016. p. 129-155.
30. GROSSI, Sara G., et al. Assessment of Risk for Periodontal Disease. II. Risk Indicators for Alveolar Bone Loss*. *Journal of periodontology*, 1995, 66.1: 23-29.
31. JUCAN, Adina C.; SAUNDERS, Ralph H. Maintaining Oral Health in Palliative Care Patients. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. 2015;23(9):15-20.
32. BECK, James D.; OFFENBACHER, Steven. Systemic effects of periodontitis: epidemiology of periodontal disease and cardiovascular disease. *Journal of periodontology*, 2005, 76.11-s: 2089-2100.
33. LI, Xiaojing, et al. Systemic diseases caused by oral infection. *Clinical microbiology reviews*, 2000, 13.4: 547-558. Disponível em <http://integrative-dental-medicine.com/PDF/Systemic%20diseases%20and%20oral%20infections.pdf>.
34. TAVARES, Mary; CALABI, Kari A. Lindefjeld; SAN MARTIN, Laura. Systemic diseases and oral health. *Dental Clinics of North America*, 2014, 58.4: 797-814.
35. WHO (World Health Organization). Oral health fact sheet No 318. 2012 Apr; Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en> (Acedido em Março, 2015).
36. GOURSAND, Daniela; ROCHA, Ednei Andrade; ALMEIDA, Priscilla Silva. O impacto gerado pelas ausências dentárias nos idosos. *Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU*, 2014, 6.1: 46-53. Disponível em <http://revistas.unitau.br/ojs-2.2/index.php/clipeodonto/article/viewFile/1876/1396>.

37. SELWITZ, Robert H.; ISMAIL, Amid I.; PITTS, Nigel B. Dental caries. *Lancet*, 2007, 369: 51-59. (adaptada de Pitts, 2004) DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60031-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60031-2).
38. TURNER, Michael D.; SHIP, Jonathan A. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *The Journal of the American Dental Association*, 2007, 138: S15-S20.
39. EKE, P. I., et al. Prevalence of Periodontitis in Adults in the united states: 2009 and 2010. *J Dent Res*, 2012, 91.10: 914-920. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Paul_Eke/publication/230768457_Prevalence_of_Periodontitis_in_Adults_in_the_United_States_2009_and_2010/links/02e7e52dedfb4a2f98000000.pdf.
40. GLICK, Michael; JOHNSON, Newell W. Oral and oropharyngeal cancer. *The Journal of the American Dental Association*, 2011, 142.8: 892-894. Disponível em <http://apdch.edu.in/wp-content/uploads/2015/08/Next-steps-in-OC-and-OPC.pdf>.
41. PETERSEN, Poul Erik; YAMAMOTO, Tatsuo. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 2005, 33.2: 81-92.
42. CÔRTE-REAL, Inês S.; FIGUEIRAL, Maria Helena; CAMPOS, José Carlos Reis. As doenças orais no idoso—Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 2011, 52.3: 175-180.
43. ALBANDAR, Jasim M., et al. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. *Journal of periodontology*, 2000, 71.12: 1874-1881.
44. MUNGIA, Rahma, et al. Interaction of age and specific saliva component output on caries. *Aging clinical and experimental research*, 2008, 20.6: 503-508.
45. GUGGENHEIMER, James; MOORE, Paul A. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *The journal of the american dental association*, 2003, 134.1: 61-69.
46. GENCO, Robert J. Current View of Risk Factors for Periodontal Diseases*. *Journal of periodontology*, 1996, 67.10s: 1041-1049. .
47. GARCÍA-POLA VALLEJO, M. J., et al. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community dentistry and oral epidemiology*, 2002, 30.4: 277-285.

48. KANLI, Aydan; DEMIREL, Figen; SEZGIN, Yasemin. Oral candidosis, denture cleanliness and hygiene habits in an elderly population. *Aging clinical and experimental research*, 2005, 17.6: 502-507.
49. AKPAN, A.; MORGAN, R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J*, 2002, 78: 455-459.
50. GRIMOUD, Anne M., et al. Colonization of the oral cavity by *Candida* species: risk factors in long-term geriatric care. *Journal of oral science*, 2003, 45.1: 51-55.
51. PAILLAUD, Elena, et al. Oral candidiasis and nutritional deficiencies in elderly hospitalised patients. *British Journal of Nutrition*, 2004, 92.05: 861-867.
52. SHULMAN, J. D.; RIVERA-HIDALGO, F.; BEACH, M. M. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *Journal of oral pathology & medicine*, 2005, 34.6: 340-346.
53. GENDREAU, Linda; LOEWY, Zvi G. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *Journal of Prosthodontics*, 2011, 20.4: 251-260.
54. JETTE, Alan M.; FELDMAN, Henry A.; TENNSTEDT, Sharon L. Tobacco use: a modifiable risk factor for dental disease among the elderly. *American Journal of Public Health*, 1993, 83.9: 1271-1276.
55. BAUMGARTNER, Willy; SCHIMMEL, Martin; MÜLLER, Frauke. Oral health and dental care of elderly adults dependent on care. *Swiss dental journal*, 2014, 125.4: 417-426.
56. DEMMER, Ryan T.; DESVARIEUX, Moïse. Periodontal infections and cardiovascular disease: the heart of the matter. *The Journal of the American Dental Association*, 2006, 137: S14-S20. Disponível em http://store.purebrush.com/featured_articles_NewFiles/14S.pdf.
57. MEALEY, Brian L. Periodontal disease and diabetes: a two-way street. *The Journal of the American Dental Association*, 2006, 137: S26-S31.
58. SCANNAPIECO, Frank A.; SHAY, Kenneth. Oral Health Disparities in Older Adults. *Dent Clin N Am* 58 (2014) 771–782 Disponível em Scannapieco Aspiration pneumonia DCL706.pdf.

59. VAN DER MAAREL-WIERINK, Claar D., et al. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*, 2013, 30.1: 3-9.
60. TAYLOR, George W.; LOESCHE, Walter J.; TERPENNING, Margaret S. Impact of oral diseases on systemic health in the elderly: diabetes mellitus and aspiration pneumonia. *Journal of public health dentistry*, 2000, 60.4: 313-320.
61. MANTOVANI, Alberto, et al. Cancer-related inflammation. *Nature*, 2008, 454.7203: 436-444.
62. MOERGEL, Maximilian, et al. Chronic periodontitis and its possible association with oral squamous cell carcinoma—a retrospective case control study. *Head Face Med*, 2013, 9.9: 39.
63. DEBATA, Tribikram; RATH, Rachna; NAYAK, Suryakanti. Gingival squamous cell carcinoma masquerading as periodontal pathology. *International Journal of Biomedical and Advance Research*, 2016, 7.3: 144-146.
64. RAMESH, Shilpa; NEELAKANTAN, Prasanna. Systemic diseases and oral health. *Indian Journal of Medical Specialities*, 2014, 5.2: 107-111. .
65. SCULLY, Crispian; ETTINGER, Ronald L. The influence of systemic diseases on oral health care in older adults. *The Journal of the American Dental Association*, 2007, 138: S7-S14.
66. WHO (2002). *Active Ageing. A policy framework*. Geneva Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
67. HOBDELL, Martin, et al. Global goals for oral health 2020. *International dental journal*, 2003, 53.5: 285-288.
68. SGAN-COHEN, H. D., et al. IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA®) A Call to Action. 2013. *Journal of dental research*, 92(3), 209-211.
69. HEALEY, Bernard J., et al. RATIONAL HEALTHCARE REFORM: PROVIDING DENTAL COVERAGE FOR THE MEDICARE POPULATION. *Business Studies Academy*, 2015, 18. http://www.alliedacademies.org/pdfs/BSA_Proceedings_Fall_2015.pdf#page=22.

70. PALÈNCIA, Laia, et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage?. *Community dentistry and oral epidemiology*, 2014, 42.2: 97-105. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12056/abstract>.
71. TCHICAYA, Anastase; LORENTZ, Nathalie. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *Int J Equity Health*, 2014, 13.1: 7. Disponível em <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-13-7>.
72. MOLARIUS, Anu, et al. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC oral health*, 2014, 14.1: 1. <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-14-134>.
73. JONES, Emily, et al. Access to oral health care: the role of federally qualified health centers in addressing disparities and expanding access. *American journal of public health*, 2013, 103.3: 488-493. <http://bphc.hrsa.gov/publications/oralhealthaccess.pdf>.